ROK VII. LISTOPAD — GRUDZIEŃ 1931 r. ZESZYT 6.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.



WILNO,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

TREŚĆ.

SOMMAIRE.

ADRES REDAKCJI PAMIĘTNIKA WIL. TOW. LEK.:
Wilno—Zamkowa 24 — Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

KOMITET REDAKCYJNY:
Wydział:

Redaktorowie: Prof. Dr. W. Jasiński i Doc. Dr. A. Safarewicz.
Redaktor administracyjny: Dr. M. Minkiewicz.

CZŁONKOWIE KOMITETU:

Dr. W. Bądzyński, Doc. Dr. E. Czarnecki, Dr. S. Lewande, Prof. Dr. Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło, † Prof. Dr. S. Trzebiński, Dr. A. Wirszubski.

Rękopisy należy nadsyłać pod adresem redakcji listem poleconym.

Cena prenumer. wraz z przesyłką:
Rocznie — 15 zł. Półrocznie — 8 zł. Zeszyt pojedyńczy 2 zł. 50 gr.

Rok VII. 1931.

PAMIĘTNIK

WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
I
WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO
ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO
I
WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.





W I L N O,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.

Treść Rocznika VII Pamiętnika Wil. Tow. Lekarskiego z r. 1931.

A. Prace oryginalne.

B. Przyczynki kazuistyczne.

C. Streszczenia zbiorowe i streszczenia referatów.

D. Oceny.

E. Wspomnienia pośmiertne i życiorysy.

F. Protokóły posiedzeń Wil. Tow. Lekarskiego.

G. Sprawozdania i regulaminy.

H. Kronika i komunikaty.

Resumé des travaux contenus dans le volume VII en langues des congrès internationaux.

Résumé des travaux contenus dans le volume VII en langues des congrès internationaux.

ROK VII. LISTOPAD — GRUDZIEŃ 1931 r. ZESZYT 6.

PAMIĘTNIK

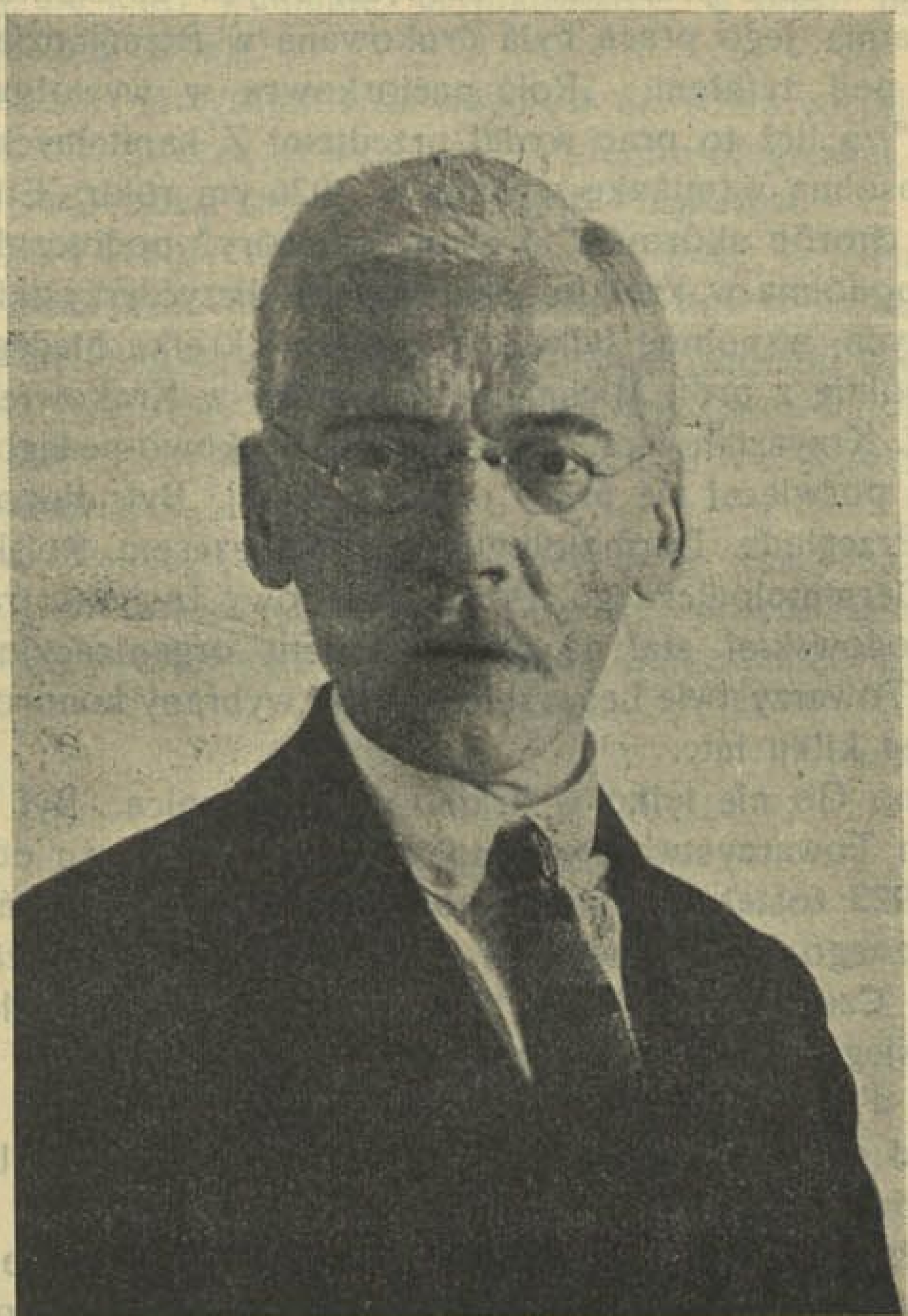
WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO I WYDZIAŁU LEKARSKIEGO UNIW. STEFANA BATOREGO

ORGAN T-WA LEKARSKIEGO WOJ. NOWOGRÓDZKIEGO I WILEŃSKO-NOWOGRÓDZKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.





W I L N O,
NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.
TOW. WYD. „POGOŃ", DRUKARNIA „PAX", WILNO, UL. ŚW. IGNACEGO 5.



Ś. P. Rektor Prof. Dr. F. Krzyształowicz.

23.X został pochowany na Powązkach w Warszawie Prof. Dr. F. Krzyształowicz, wybitny uczony, b. rektor Warszawskiego Uniwersytetu. Zmarł on nagle z dnia 19 na 20-ty października b. r.

Urodził się w Krakowie w r. 1868-ym; dyplom doktora medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim uzyskał w r. 1892. W roku 1899-ym wyjeżdża na studja i pracę naukową do Hamburga i Paryża, a w roku 1901-ym zdobywa *veniam legendi* chorób skórnych i wenerycznych; w roku 1902-im zostaje profesorem zwyczajnym w Krakowie i Dyrektorem kliniki. W roku 1919-ym przenosi się do Warszawy i tu organizuje Dermatologiczną Klinikę; jedynie tylko klinice

i nauce poświęcał swój czas, prywatną praktyką prawie się nie zajmował. Sam dużo pracował i zachęcał swych asystentów do pracy.

Ostatnia Jego praca była drukowana w Przeglądzie Dermatologicznym pod tytułem: „Rola paciorkowca w wywoływaniu zmian w skórze“, a ileż to prac wydał przedtem! Z kapitalnych prac zasługują na osobną wzmiankę wydane w 1926-ym roku „Etiologja i patogeneza chorób skórnych“ i Choroby skóry“ podręcznik.

Niepodobna w krótkim nekrologu wyliczyć wszystkich prac Jego dawniejszych; wspomnę tylko o morfologji krętka bladego, którą napisał wspólnie z prof. Michałem Siedleckim w Krakowie.

Prof. Krzyształowicz oprócz pracy naukowo-pedagogicznej i redakcyjnej poświęcał się pracy organizacyjnej. Był długoletnim redaktorem Przeglądu Dermatologicznego i prezesem Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Podczas budowy Instytutu radowego im. Curie-Skłodowskiej stał na czele komitetu organizacyjnego. W Wileńskiem Towarzystwie Lekarskiem został wybrany honorowym członkiem przed kilku laty.

Znano Go nie tylko w kraju, ale i zagranicą. Był honorowym członkiem Towarzystwa Dermatologicznego w Paryżu od 1910 roku; w roku 1923 został wybrany honorowym członkiem Duńskiego Dermatologicznego Towarzystwa, w roku 1928-ym został członkiem honorowym Czechosłowackiego Towarzystwa oraz Jugosłowiańskiego i Bułgarskiego. Był kawalerem orderu Polonia Restituta i Officier de la Legion d'Honneur.*

Przed paru laty został powołany przez Akademję Umiejętności w Krakowie na Dyrektora Sekcji Medycznej.

Wszystkie zjazdy dermatologiczne w kraju a często i zagranicą ożywiał swą obecnością, występując jako prelegent z oryginalnemi i ciekawemi pracami.

Lubił udzielać się w towarzyskich zabawach po posiedzeniach naukowych i, gdy zjazdy odbywały się w Warszawie, u siebie podejmował gości.

Żadnemu polskiemu miastu nie robił krzywdy, zawsze był obecny na zjazdach, czy to w Wilnie, czy w Krakowie, czy w Poznaniu, czy też w Warszawie. Gdy był ostatni Wszechsłowiański Zjazd Dermatologiczny w Warszawie, troszczył się o nas wilnianach, wypytywał o nieprzybyłych na Zjazd, bo dobrze pamiętał nasze grono, a gdy bywał w Wilnie z wielkiem zainteresowaniem zwiedzał nasze miasto; z zachwytem zawsze mówił o Wilnie, bo poznał to piękno i tę królewskość naszego starego grodu. Jeśli wszyscy derma-

tolodzy i uczniowie smucą się z powodu Jego śmierci, to niemniej smucimy się i my wilnianie dermatolodzy, a także Jego uczniowie, pozostający w Wilnie.

Profesor Krzyształowicz zostawił po sobie wielkie dziedzictwo duchowe, był twórcą polskiej szkoły dermatologicznej, jak w Paryżu *Besnier*, w Wiedniu *Hebra*, w Moskwie *Pospiełow*.

Z Jego szkoły wyszli profesorowie: prof. Lenartowicz obecnie we Lwowie, prof. Walter w Krakowie; a iluż wykształcił docentów i doktorów medycyny! Jego klasyfikacja chorób skórnych, gdzie skrystalizował swą wiedzę ćwierćwiekową, została przyjęta i jest obecnie podawana w wykładach dermatologji we wszystkich Polskich Uniwersytetach.

Z wiedzy Jego korzystają i nadal będą korzystać profesorowie lekarze, i studenci, a choć odszedł od nas przedwcześnie, duch Jego i twórczość promieniować będą przez długie lata. Cześć Jego pamięci!

B. Hanusowicz.



Z Zakładu Histologji Uniwersytetu Strasburskiego Kierownik Prof. *Bouin*
i
Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
Kierownik Prof. *W. Jakowicki.*

Wpływ wycięcia zwoju współczulnego na zmiany okresowe przeszczepionej śluzówki macicy u króliczek.

Podali
W. BUCHHEIM i W. ZALESKI.

Metoda wszczepiania różnych części narządu płciowego została zastosowana u zwierząt ssących i ptaków w celu badań nad swoistem działaniem na nie hormonu płciowego i dała szereg cennych wiadomości.

Elementy te, będące jakby specjalnemi odbiornikami w ustroju zwierzęcym hormonów płciowych, wykazują szereg charakterystycznych, jedynie im właściwych zmian morfologicznych oraz czynnościowych, dlatego też są one doskonałym objektem do wszelkich studjów nad działalnością hormonów płciowych.

Wśród licznych prac tego rodzaju należy tu wymienić doświadczenia Ribberta oraz Strickera ze wszczepianiem gruczołu mlecznego pod skórę ucha morskim świnkom i króliczkom; Caridroita, Pezarda, Benoita—ze wszczepianiem kawałków grzebienia pod skórę karku i grzbietu kogutom; Guerriero — ze wszczepianiem odcinków trąbki pod skórę ucha u króliczek; Hesselberga, Kerwina i L. Loeba ze wszczepianiem kawałków macicy pod skórę ucha lub powłok brzusznych świnkom morskim; Bouina i Courriera — ze wszczepianiem całych odcinków rogu macicy do kieszeni podskórnej ucha króliczkom; Raynaux—ze wszczepianiem kawałków śluzówki pochwy pod skórę klatki piersiowej świnkom morskim, oraz doświadczenia Zaleskiego — ze wszczepianiem kawałków macicy do narządów jamy brzusznej i miednicy małej, do klatki piersiowej, gruczołu tarczowego, do tylnej komory oka i t. d.

Wszystkie te doświadczenia wykazały, że, chociaż wszczepione części narządów płciowych ulegają w mniejszym lub większym stopniu pewnym zmianom destrukcyjnym wskutek zmienionych warunków środowiska oraz całkowitej przerwy normalnego unaczynienia i unerwienia, tem niemniej, z chwilą gdy nowowytworzone naczynia krwionośne zabezpieczają im dostateczne odżywianie, zachowują one przez dłuższy czas swoją zdolność życiową i czynnościową. Zdolność

ta przejawia się swoistemi zmianami strukturalnemi, występującemi we wszczepionych narządach pod wpływem działania hormonu płciowego jąder lub jajników. Nasilenie tych przejawów oraz kolejność poszczególnych faz w zasadzie są takie same jak i w pozostawionych in situ częściach narządu płciowego.

Szczególnie charakterystyczne objawy we wszczepionych odcinkach narządu rodnego pod wpływem działania hormonu płciowego występują u samic w postaci swoistych zmian podczas rui lub w ciąży.

Uderzający jest fakt, że całkowita przerwa normalnych warunków unerwienia, zarówno ze strony układu nerwowego rdzeniowego, jak i roślinnego we wszczepionym narządzie, pozwala mu jednak zachować zdolność swoistego odczynu na działanie hormonów płciowych.

Zjawisko to, obserwowane we wszystkich tego rodzaju wszczepieniach, pozwala nam nieco bliżej podejść do wyjaśnienia dróg, jakiemi właściwie działa hormon płciowy na odpowiednie narządy, gdyż dotąd pozostaje nierozstrzygnięty spór o to, czy hormon płciowy działa drogą krwionośną, czy też za pośrednictwem układu nerwowego.

Ogólnie jest przyjęte twierdzenie, oparte na szeregu licznych doświadczeń laboratoryjnych oraz spostrzeżeniach klinicznych, że układ nerwowy współczulny odgrywa szczególnie ważną rolę w czynności narządów wewnętrznych w tej liczbie i narządów płciowych.

Mimo wielkiej liczby prac doświadczalnych i klinicznych, dotyczących układu nerwowego roślinnego i pochodzących od szeregu autorów obcych (Aron, Aubert, Bernard i Teodoresco, Cotte, Dupont, Ferey, Hamant, Jaboulay, Leriche, Michon i inni), obok których nie brak też i nazwisk polskich (Bącz, Bogdanik, Czarnecki, Czubalski, Dobrzaniecki, Eiger, Hurynowiczówna i inni), wiadomości nasze o wpływie układu nerwowego współczulnego na cały ustrój lub poszczególne narządy są jeszcze fragmentaryczne, niezbyt dokładne i nieusystematyzowane, co należy tłumaczyć tem, że są to zdobycze przeważnie ostatnich lat kilkunastu.

Badania nad układem nerwowym współczulnym idą przeważnie w trzech kierunkach:

a) zastosowania środków farmakologicznych,
b) drażnienia mechanicznego lub prądem elektrycznym,
c) przecięcia bądź wycięcia zwojów lub poszczególnych odcinków nerwu współczulnego.

Tę ostatnią metodę, ze względu na wyniki osiągnięte w chirurgji [1]) oraz możność ścisłego sprecyzowania pewnych zagadnień, dotyczących wpływu układu nerwowego roślinnego na przejawy cykliczne narządów rodnych u samic, zastosowaliśmy w naszych doświadczeniach.

Do badań w tym kierunku pobudziły nas także szczególnie skąpe wiadomości o wpływie przecięcia, względnie, wycięcia poszczególnych odcinków układu nerwowego roślinnego na czynność narządów rodnych.

Jaboulay w r. 1899 pierwszy zastosował u kobiet przecięcie szeregu gałązek nerwu współczulnego pomiędzy prostnicą a przednią powierzchnią kości krzyżowej i zauważył ustanie bólów oraz zjawienie się miesiączki w dwa dni po zabiegu.

Następnie Leriche usuwał na przestrzeni kilku centymetrów przydankę tętnicy podbrzusznej lub jajnikowej i w szeregu schorzeń kobiecych uzyskał dodatni wynik, a przedewszystkiem zniesienie bólów.

Do mniej niebezpiecznych i łatwiejszych technicznie należy zabieg Cotte'a, który wycina na przestrzeni 2—3 ctm. tak zwany nerw przedkrzyżowy (nerf présacré), leżący na wysokości wzgórka kości krzyżowej na lewej biodrowej żyle wspólnej.

Wreszcie Dupont i Lhermitte wykonują zabieg, nazwany przez nich odnerwianiem jajnika, a polegający na przecięciu tuż u podstawy jajnika gałązek nerwowych, przebiegających wraz z naczyniami krwionośnemi wśród blaszek więzadła szerokiego.

Zabiegi wspomniane powodują przedewszystkiem ustanie bólów a nadto wystąpienie miesiączki w 2 dni po zabiegu, bez względu na to, kiedy miała miejsce ostatnia miesiączka.

Świadczy to z jednej strony o tem, że nerwy współczulne sfery płciowej zawierają prócz włókien roślinnych także i włókna czuciowe, z drugiej zaś strony wskazuje na ścisły związek, jaki istnieje pomiędzy układem nerwowym roślinnym a miesiączkowaniem.

W dalszym przebiegu autorowie nie notują po tych zabiegach żadnych zaburzeń jajeczkowania, miesiączkowania lub działalności rozrodczej u kobiet.

Wśród doświadczeń laboratoryjnych należy tu wymienić pracę Sweeta i Thorpa, którzy usuwali brzuszny odcinek pnia nerwu

[1]) Interesujących się tą sprawą, odsyłamy do pracy W. Dobrzanieckiego: „Obecny stan chirurgji układu współczulnego" (Polski Przegląd Chirurgiczny, 1930 r. Zeszyt 1).

współczulnego u szczurów i wykazali, że poza krótkotrwałem przyśpieszeniem sympatektomja nie wpływa na regularność występowania zmian cyklicznych podczas rui.

Ciekawe są doświadczenia Cannona i jego współpracowników, którzy etapami usuwali u kotów jednostronnie lub nawet obustronnie wszystkie zwoje oraz cały pień nerwu współczulnego od szyi aż do miednicy. W wyniku tych doświadczeń autorowie stwierdzają, że nawet tak rozległa obustronna sympatektomja pozwala zwierzętom pozostać przy życiu; zachowują one przez szereg miesięcy w warunkach laboratoryjnych zdrowy wygląd i czynność wszystkich narządów. Zwierzęta te jednak są bardzo wrażliwe na chłód wskutek utraty zdolności regulacji cieplnej oraz tracą po stronie operowanej zdolność reakcji na czynniki emocjonalne (nie mogą najeżać sierści). Wśród innych spostrzeżeń autorowie zaznaczają, że po takiej sympatektomji objawy rui, zajście w ciążę, poród, laktacja nie ulegają zaburzeniom, a także instykt macierzyński pozostaje nie zmieniony.

Wreszcie Bouin i Courrier po wszczepieniu króliczkom pod skórę ucha odcinków rogu macicy przecinali po jednej stronie na szyi nerw współczulny i wykazali, że zabieg ten daje jedynie objawy miejscowego przekrwienia całej małżowiny usznej i wszczepionego odcinka rogu macicy. Natomiast nie stwierdzili podczas tych doświadczeń żadnych objawów charakterystycznych dla rui i przychodzą do wniosku, że nie przekrwienie narządu rodnego, lecz jedynie swoiste działanie na niego hormonu ciałka żółtego prowadzi do charakterystycznych zmian narządów płciowych podczas rui.

By wyjaśnić bliżej wpływ układu współczulnego na przejawy rui u króliczek, postanowiliśmy zmodyfikować doświadczenia Bouina i Courriera w ten sposób, że w ciągu 6—18 godzin po pokryciu samicy przez samca usuwaliśmy górny zwój szyjny nerwu współczulnego i w odpowiednich odstępach czasu, przeważnie pomiędzy 4 a 12 dniem po stosunku, robiliśmy wycinki ze wszczepionych do ucha kawałków rogu, badając je drobnowidowo i zwracając główną uwagę na zmiany, zachodzące w śluzówce, gdyż w niej właśnie występują w tym okresie najbardziej charakterystyczne zmiany pod wpływem działania hormonu ciałka żółtego.

Doświadczenia te zostały wykonane na 25 króliczkach w wieku 5—6 miesięcy, wagi 1800 — 2300 gr., które dotąd nie rodziły. Polegały one najprzód na odcięciu w uśpieniu eterowem rogu macicy (przeważnie prawego) i wszczepianiu odcinków rogu długości 1,0—

1,5 ctm. pod skórę obu małżowin usznych. Z nastaniem rui 20 operowanych w ten sposób samic zostało pokrytych przez samca z podwiązanemi przewodami nasiennemi. Następnie w 6—12—18 godzin po stosunku płciowym usuwano samicom po jednej stronie również w znieczuleniu eterowem górny zwój nerwu współczulnego, dokonując w przeważającej liczbie przypadków równocześnie i chemicznej sympatektomji zapomocą pędzlowania po tejże stronie wspólnej tętnicy szyjnej roztworem izofenolu lub amoniaku.

Technika usunięcia zwoju szyjnego zostanie podana nieco niżej.

We wszystkich bez wyjątku przypadkach usunięty zwój został zbadany drobnowidowo.

Wycinki wszczepionych kawałków rogu były robione jednocześnie po obu stronach.

Wycięte kawałki utrwalano w płynie Bouina, zatapiano w parafinie, a skrawki barwiono hematoksyliną i eozyną.

Prócz tego 2 króliczkom usunięto górny zwój szyjny bez poprzedzającego pokrycia ich przez samca, a to w celu wyeliminowania działania hormonu ciałka żółtego i stwierdzenia w ten sposób wpływu usunięcia samego tylko zwoju na zachowanie się wszczepionego rogu.

W tych dwóch przypadkach wycinki zostały zbadane na 6, 22 i 24 dzień po zabiegu operacyjnym.

W 2 przypadkach sympatektomja została wykonana w 19 i 26 dni przed stosunkiem, przyczem prócz górnego zwoju usunięto jednocześnie na szyi po tejże stronie cały pień szyjny nerwu współczulnego.

Wreszcie w jednym przypadku odcinki rogu macicy $^1/_2$ ctm. długości wszczepiono do gruczołu tarczowego po obu stronach, a górny zwój oraz pień szyjny nerwu współczulnego usunięto tylko po jednej stronie w 12 godzin post coitum.

Zanim jednak przystąpimy do opisu poszczególnych doświadczeń, podajemy tu za Bouin'em opis budowy rogu macicy króliczek w okresie rui (oestrus) oraz w okresie wolnym od popędu płciowego (anoestrus) wreszcie po rui (postoestrus), by później, powołując się na niego, uniknąć w ten sposób zbędnych powtarzań.

Rogi macicy w stadjum spoczynku (anoestrus) są blado zabarwione, mają około 3—4 mm. średnicy. Mięśniówka ich składa się z dwu warstw mięśni gładkich: zewnętrznej podłużnej i wewnętrznej okrężnej, pomiędzy niemi zaś leżą pasma mięśni gładkich, zawierające naczynia krwionośne i przebiegające naogół w kierunku naczyń.

Śluzówka macicy składa się z warstwy zbitej (chorion compactif), oraz luźnej tkanki łącznej, słabo unaczynionej, zawierającej liczne pasma, złożone z komórek włóknotwórczych — fibroblastów. Ta tkanka łączna wypukla się, do wnętrza w postaci 6 podłużnie przebiegających fałdów, z których dwa, lężące u podstawy rogu, są silniej rozwinięte, niż pozostałe. Zarówno te fałdy, jak i zagłębienia między niemi są pokryte niskim nabłonkiem walcowatym, od którego odchodzą wgłąb śluzówki pojedyńcze dość płytkie zagłębienia gruczołowe.

W okresie poprzedzającym ruję oraz podczas rui (prooestrus et oestrus) rogi macicy są powiększone, przepełnione krwią, naczynia krwionośne są rozszerzone, przekrój rogu sięga 5,0—5,5 mm.; mięśniówka i śluzówka są znacznie grubsze.

Wypuklenia, tworzące podłużne fałdy, są powiększone, a luźna tkanka łączna, w nich założona, wykazuje objawy obrzęku i przekrwienia. Nabłonek walcowaty, wyściełający wnętrze rogu, staje się znacznie wyższy, a poszczególne komórki jego stają się znacznie większe i często posiadają rzęski.

Gruczołowate wgłębienia śluzówki, pokryte obecnie wysokim walcowatym nabłonkiem, wydłużają się, aczkolwiek niezbyt znacznie.

W ten sposób, powiększenie wymiarów rogu, przepełnienie krwią naczyń oraz obrzęk różnych warstw tkanek macicznych, a przedewszystkiem śluzówki, zwiększenie wysokości nabłonka oraz niezbyt silne wydłużenie zagłębień gruczołowych śluzówki należą u króliczek do charakterystycznych objawów rui, która może trwać 8—10 dni, a nawet więcej.

Objawy te ulegają potem stopniowemu zmniejszeniu oraz zanikowi wskutek zmian destrukcyjnych, powstałych w dojrzałym pęcherzyku Graafa przeważnie w wyniku wylewu krwi do jego wnętrza.

Wręcz odwrotne stosunki obserwowane są w rogach macicy po wytworzeniu się ciałka żółtego, które powstaje u króliczek jedynie post coitum, gdyż, jak to wykazali Regaud i Dubreuil, owulacja u króliczek nie jest spontaniczna. Z chwilą wytworzenia się ciałka żółtego, wszystkie objawy tak charakterystyczne podczas rui wzmagają się coraz bardziej, osiągając swój szczyt w 8-ym dniu po pęknięciu pęcherzyka Graafa.

Już w 43 godziny post coitum można stwierdzić, że przekrwienie rogów, nabrzmienie oraz wielkość fałdów śluzówki, szczególnie leżących u podstawy krezki, są większe nietylko wskutek jej hyperplazji, lecz także zależnie od infiltracji międzykomórkowej w luźnej tkance

są wydłużone i rozszerzone, a utkanie gruczołowe przedstawia się w postaci tworów nadzwyczaj silnie rozszerzonych i drążących wgłąb mięśniówki, wysłanych wysokim lub spłaszczonym nabłonkiem walcowatym i wypełnionych wydzieliną śluzową. Cały obraz jest tak uderzająco odmienny, że musi być uznany za stojący niemal na granicy patologji.

Strona nieoperowana. Przekrwienie i obrzęk tkanek macicy zaznaczone w mniejszym stopniu. Widoczne w przekroju partje śluzówki rogu wykazują miernie rozszerzone gruczoły, oraz pojedyńcze wiotkie fałdy.

Nr. 3. 20 I 1930 r. laparatomja. Wszczepiono po dwa kawałki rogu 1 cm. dług., jak w doświadczeniu Nr. 1. (Fot. Nr. 5 i Nr. 6).

13.II coitus et extirp. gangl. cerv. sup. dextr. w 6 godzin potem i jednoczesne pędzlowanie izofenolem prawej tętnicy wspólnej.

18.II wycięcie obu górnych wszczepionych kawałków rogu,

27.II wycięcie obu dolnych wszczepionych kawałków rogu.

W y c i n e k p i e r w s z y.

Badanie drobnowidowe w 5-tym dniu po stosunku.

Strona operowana. Objawy obrzęku i przekrwienia w tkankach ucha i mięśniowce macicy, a szczególnie w jej warstwie podśluzowej są bardzo silnie zaznaczone. Fałdy śluzówki tworzą potężne, grube, gąbczastej budowy twory. Gruczoły dość znacznie rozszerzone. Różnica zmian cyklicznych po stronie operowanej w porównaniu do strony nieoperowanej wyraźnie zaznaczona.

Strona nieoperowana. Objawy przekrwienia i obrzęku mniej zaznaczone. Rozszerzone gruczoły nie tworzą tak potężnych mas o gąbczastej budowie, jak to ma miejsce po stronie operowanej.

W y c i n e k d r u g i.

Badanie drobnowidowe w 14 dni po stosunku.

Strona operowana. Występy fałdów śluzówki są niskie i szerokie, gruczoły miernie rozszerzone. Wydzielina mniej obfita. Różnica bardzo wybitnie zaznaczona.

Strona nieoperowana. Fałdy sluzówki są niskie i szerokie, gruczoły miernie rozszerzone. Wydzielina mniej obfita. Różnica w porównaniu do strony operowanej wybitnie zaznaczona.

Nr. 4. 21.I 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

8.II coitus et extirp. gangl. cerv. super. dextr. w 6 godzin potem.

11.II wycięcie górnych kawałków.

13.II wycięcie dolnych kawałków.

Badanie drobnowidowe I wycinka (w 3 dni po stosunku).

Strona operowana. Nieliczne rozszerzone miernie gruczoły oraz wgłębienia śluzówki.

Strona nieoperowana: Obraz podobny do poprzedniego jednak zaznaczony słabiej.

Badanie drobnowidowe II wycinka (w 5 dni po stosunku).

Strona operowana. Liczne rozszerzone gruczoły, wysłane nabłonkiem walcowatym, rozsiane są wśród mięśniówki rogu, od strony zaś leżącej tuż pod skórą ucha śluzówka pokryta jest nabłonkiem spłaszczonym, który tworzy pojedyńcze wgłębienia.

Strona nieoperowana. Wnętrze rogu wysłane jest jedną warstwą nabłonka walcowatego, który gdzieniegdzie tworzy nieznaczne wgłębienia, szeroki fałd wystający do światła rogu zawiera nie tak liczne i w mniejszym stopniu rozszerzone gruczoły, jak po stronie operowanej.

Aczkolwiek obraz drobnowidowy jest atypowy i różni się od opisu charakterystycznego w 5 dniu po stosunku, co należy tłumaczyć niekorzystnemi warunkami lokalnemi, tem niemniej różnica w zmianach cyklicznych śluzówki jest tu wyraźna.

Nr. 5. 23.I 1930 roku laparatomja, wycięcie prawego rogu, rozcięcie go na sześć kawałków około 1 cm. dług. i wszczepienie po trzy pod skórę górnej i średniej części oraz u podstawy prawego i lewego ucha.

17.II coitus et extirp. gangl. cerv. super. dextr. po 6 godzinach.

18.II wycinek pierwszy (w 1 dobę po stosunku).

Strona operowana. Silnie zaznaczone przekrwienie i obrzęk mięśniówki, śluzówka rogu tworzy nieliczne wgłębienia gruczołowe.

Strona nieoperowana. Obraz podobny, tylko objawy przekrwienia są nieco mniej zaznaczone.

20.II wycinek drugi (w 3 dni po stosunku).

Strona operowana. Objawy obrzęku i przekrwienia szczególnie w warstwie podśluzowej, są silniej zaznaczone, niż w poprzednim preparacie, a śluzówka tworzy liczne i znacznie zaznaczone wgłębienia; niezbyt liczne gruczoły są miernie rozszerzone.

Strona nieoperowana. Wszystkie objawy powyżej przytoczone są wyraźnie mniej intensywnie zaznaczone.

22.II wycinek trzeci (w 5 dni po stosunku).

Strona operowana. Liczne rozszerzone gruczoły fałdów śluzówki tworzą charakterystyczne dla tego okresu utkanie gąbczaste.

Strona nieoperowana. Wskutek zniszczenia wszczepionych tkanek nie można rozróżnić wśród nich elementów śluzówki.

27.II wycinek czwarty (w 10 dni po stosunku).

Strona operowana. Fałdy śluzówki mimo, że nie są rozwinięte i wydłużone tak silnie, jak to zazwyczaj spotyka się w tym okresie, jednak wykazują charakterystyczną obecność licznych rozszerzonych gruczołów.

Strona nieoperowana. Na przekroju rogu widać tylko dwie niskie szerokie fałdy śluzówki i rozszerzone gruczoły, które tworzą charakterystyczne utkanie gąbczaste; pozostała śluzówka tworzy krótkie, pojedyńcze lub bardzo mało rozgałęzione występy do światła rogu. Odczyn po stronie nieoperowanej jest wyraźnie słabszy.

3.III powtórny stosunek.

7.III wycinek pierwszy (w 4 dni po powtórnym stosunku).

Strona operowana. Objawy przekrwienia wybitnie zaznaczone, wnętrze rogu wypełnione wydzieliną; śluzówka tworzy liczne palcowate, miernie rozgałęzione występy; gruczoły są miernie rozszerzone, tworzą w jednem miejscu utkanie gąbczaste.

Strona nieoperowana. Objawy przekrwienia występują mniej wybitnie. Palcowate występy śluzówki są więcej smukłe, gruczoły są mniej rozszerzone.

19.III wycinek drugi (w 16 dni po powtórnym stosunku).

Strona operowana. Objawy nieznacznego przekrwienia, śluzówka tworzy dość liczne wgłębienia.

Strona nieoperowana. Sluzówka wnętrza rogu przedstawia się w postaci pasma lub też zawiera nieznacznie rozwinięte występy i wgłębienia na podobieństwo zębów piły. Nasilenie tych zmian jest wyraźnie słabsze, niż po stronie operowanej.

28.IV wycinek trzeci (podczas rui).

Strona operowana. Mięśniówka oraz warstwa podśluzowa są wyraźnie przekrwione. Sluzówka tworzy liczne wgłębienia, fałdy jej w pewnym odcinku dość głęboko wystają do światła rogu i zawierają wyraźnie rozszerzone gruczoły. Wysoki walcowaty nabłonek, wyścielający śluzówkę, w niektórych miejscach posiada rzęski.

Strona nieoperowana. Zarówno objawy przekrwienia jak i zmiany śluzówki w postaci jej wgłębień oraz rozszerzenia gruczołów są wyraźnie słabiej zaznaczone.

Nr. 6. 6.II 1930 r. laparatomja, wszczepiono po dwa odcinki prawego rogu pod skórę środkowej i dolnej części obu uszu.

6.III coitus; 7.III, po upływie 18 godzin extirp. gangl. cerv. super. sin. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej izofenolem.

13.III wycięto oba górne wszczepione kawałki rogu macicy (pozostałe dwa zropiały).

Badanie drobnowidowe w 7 dni po stosunku.

Strona operowana. Po stronie operowanej żywy udział śluzówki w zmianach cyklicznych w postaci rozwiniętej sieci oczek nabłonkowo-łączno-tkankowych, założonych w potężnie rozrośniętych fałdach śluzówki. Przekrwienie tkanek wybitnie zaznaczone.

Strona nieoperowana. Gruczoły są liczne i dość znacznie rozszerzone, jednak odczyn nie jest tak żywy, jak po stronie operowanej. Obraz drobnowidowy zaciemniony jest zmianami destrukcyjnemi, które daje się stwierdzić w pewnych odcinkach preparatu.

Nr. 7. 17.II 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

10.IV coitus; 11.IV, po upływie 18 godzin extirp. gangl. cerv. sup. sin. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej izofenolem.

17.IV badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w $6^{1}/_{2}$ dni po stosunku).

Strona operowana. Fałdy śluzówki, szczególnie od strony zwróconej ku podstawie rogu (t. j. od strony jego krezki), są szerokie oraz zawierają liczne i znacznie rozszerzone gruczoły, co jest wyrazem żywego udziału śluzówki w przejawach cyklicznych.

Strona nieoperowana. Śluzówka wnętrza rogu niezbyt silnie zaznaczona, wgłębienia niezbyt liczne, gruczoły są słabo lub miernie rozszerzone. W obwodowej części preparatu widoczne są nieco liczniejsze i silniej rozszerzone gruczoły. Zmiany cykliczne są tu wyraźnie słabiej zaznaczone.

21.IV badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 11 dni po stosunku).

Strona operowana. Fałdy śluzówki znacznie powiększone, zawierają bardzo liczne i znacznie rozszerzone gruczoły, tworzące utkanie siateczkowe. Nabłonek walcowaty w wielu miejscach tworzy pasmo, w którem nie można rozróżnić granic poszczególnych komórek. W niektórych miejscach jądra nabłonka leżą wielowarstwowo. Jest to więc obraz wytwarzającego się syncytium.

Strona nieoperowana. Obraz zmian cyklicznych śluzówki jest tu podobny do poprzedniego i odpowiada 11-mu dniu, jednak nasilenie tych zmian jest znacznie słabiej zaznaczone.

Nr. 8. 19.II 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

6.III coitus; 7.III, po upływie 12 godzin extirp. gangl. cerv. sup. sin.

13.III badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w $6^{1}/_{2}$ dni po stosunku).

Strona operowana. Liczne gruczoły fałdów śluzówki są znacznie rozszerzone i tworzą utkanie gąbczaste.

Strona nieoperowana. W przekrój trafiły liczne występy i fałdy śluzówki, które są obrzmiałe i silnie przekrwione, natomiast gruczoły są mniej liczne i nie tak znacznie rozszerzone.

14.IV powtórny stosunek.

21.IV badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 7 dni po powtórnym stosunku).

Strona operowana. Fałdy śluzówki są szerokie, zawierają liczniejsze i bardziej rozszerzone gruczoły, niż miało to miejsce w preparacie poprzednim (po 6½ dniach).

Strona nieoperowana. Fałdy śluzówki są mniej wyraźnie zaznaczone, zawierają jednak liczne i bardzo szerokie gruczoły.

Nr. 9. 4.III 1930 r. wszczepiono po jednym kawałku rogu 1 cm. dług. pod skórę środkowej części prawego i lewego ucha.

7.IV coitus; 8.IV, po upływie 18 godzin extirp. gangl. cerv. sup. sin. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej izofenolem.

17.IV badanie drobnowidowe wycinka (w 10½ dni po stosunku).

Strona operowana. Fałdy śluzówki są szerokie i zawierają liczne i znacznie rozszerzone gruczoły. Nabłonek śluzówki wykazuje różnorodną budowę, w wielu miejscach jest on wysoki walcowaty o komórkach wyraźnie się odcinających, czasami zawiera rzęski. W innych zaś miejscach stanowi on jedno pasmo, w którem poszczególnych komórek rozróżnić nie można, a jądra nabłonka leżą wielowarstwowo (syncytium).

Strona nieoperowana. Wobec niezbyt udatnego wycinka, w preparacie widoczne są tylko poszczególne rozszerzone gruczoły, zawierające wydzielinę śluzową i wysłane nabłonkiem walcowatym.

Nr. 10. 6.III 1930 r. Wszczepiono po dwa kawałki rogu 1 cm. dług. pod skórę środkowej i dolnej części każdego ucha.

3.IV coitus; po 18 godzinach extipr. gangl. cerv. sup. sin.

10.IV badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w 7 dni po stosunku).

Strona operowana. Sieć wydłużonych i rozszerzonych gruczołów w fałdach śluzówki jest bardzo dobrze zaznaczona.

Strona nieoperowana. Sieć rozszerzonych gruczołów śluzówki jest wyraźnie słabiej zaznaczona.

15.IV badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 12 dni po stosunku).

Strona operowana. W przekroju widoczne są liczne występy i fałdy śluzówki. Oczka siatki nabłonkowo-łączno-tkankowej wytworzonej przez gruczoły wyraźnie zmniejszone.

Strona nieoperowana. Obraz drobnowidowy podobny do poprzedniego, tylko fałdy śluzówki są tu nieco grubsze, a gruczoły mniej rozszerzone.

Nr. 11. 7.III 1930 r. Wszczepienie, jak wyżej.

2.IV coitus; 3.IV extipr. gangl. cerv. sup. dextr, po 18 godzinach.

12.IV badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w 10 dni po stosunku).

Strona operowana. Szerokie fałdy oraz liczne występy śluzówki zawierają niezbyt dużą liczbę miernie rozszerzonych gruczołów. Nabłonek walcowaty w pewnych miejscach tworzy pasma, w których nie można rozróżnić poszczególnych komórek; jądra nabłonka czasami leżą wielowarstwowo.

Strona nieoperowana. Obraz drobnowidowy zbliżony do poprzedniego, tylko gruczoły są mniej liczne.

15.IV badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 13 dni po stosunku).

Strona operowana. Objawy regresyjne wyraźnie zaznaczone. Utkanie składa się z niezbyt licznych gruczołów, które miejscami są miernie rozszerzone, miejscami zaś zapadnięte.

Strona nieoperowana. Objawy regresyjne jeszcze bardziej zaznaczone, niż po stronie operowanej. Fałdy śluzówki są krótkie i szerokie oraz zawierają nieliczne gruczoły o zmniejszonych oczkach.

Nr. 12. 7.III 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

6.IV coitus; 7.IV, po 12 godzinach, extirp. gangl. cerv. sup. sin. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej izofenolem.

15.IV badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w 9 dni po stosunku).

Strona operowana. Fałdy śluzówki są silnie rozwinięte, zawierają bardzo liczne i znacznie rozszerzone gruczoły. Nabłonek wykazuje wzmożoną działalność wydzielniczą.

Strona nieoperowana. Odczyn śluzówki wyraźnie słabiej zaznaczony, gdyż tylko niektóre fałdy zawierają dość liczne, rozszerzone gruczoły. Śluzówka, wyściełająca wnętrze rogu, wykazuje nieduże występy lub wgłębienia, w pobliżu których leżą nieliczne rozszerzone gruczoły.

13.V powtórny stosunek.

19.V badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 6 dni po powtórnym stosunku).

Strona operowana. Ładnie zaznaczone fałdy śluzówki zawierają liczne rozgałęzione i rozszerzone gruczoły, tworząc charakterystyczne utkanie koronkowe.

Strona nieoperowana. Zmiany drobnowidowe są zbliżone do poprzednich, tylko odczyn śluzówki jest tu wyraźnie słabiej zaznaczony, gdyż fałdy śluzówki są krótsze i szersze, a gruczoły mniej rozgałęzione i mniej rozszerzone.

Nr. 13. 12.III 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

30.III coitus: 31.III, po 12 godzinach, extirp. gangl. cerv. sup. dextr. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej izofenolem.

4.IV badanie drobnowidowe wycinka (w 5 dni po stosunku).

Strona operowana. Bogato rozwinięta sieć rozszerzonych gruczołów w fałdach śluzówki.

Strona nieoperowana. Sieć gruczołów w fałdach śluzówki dobrze zaznaczona, jednak rozwinięta mniej obficie, niż po stronie operowanej.

Nr. 14. 16.III 1930 r. wszczepiono po jednym kawałku rogu 1 cm. dług. do środkowej części każdego ucha. (Fot. Nr. 4).

7.V—extirp. gangl. cerv. sup. dextr.

13.V badanie drobnowidowe wycinka (w 6 dni po usunięciu zwoju, lecz bez poprzedzającego stosunku płciowego, t. j. bez wpływu ciałka żółtego).

Strona operowana. Zarówno mięśniówka, jak i tkanka podśluzowa, wykazują objawy obrzęku oraz przekrwienia. Natomiast śluzówka wykazuje tylko pewną liczbę wgłębień, gruczoły są nieliczne i nierozszerzone, czyli, że brak tu zupełny zmian cyklicznych.

Nr. 15. 17.III 1930 r. - wszczepiono po dwa kawałki rogu do środkowej i dolnej części każdego ucha. (Fot. Nr. 7 i Nr. 8).

30.IV coitus; po 6 godzinach extirp. gangl. cerv, sup. dextr. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej amoniakiem.

5.V badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w 6 dni po stosunku).

Strona operowana. Silnie rozwinięte fałdy śluzówki zawierają liczne i dość znacznie rozszerzone gruczoły. Wysoki nabłonek walcowaty wykazuje wybitnie wzmożoną działalność wydzielniczą.

Strona nieoperowana. Odczyn również wyraźnie, jednak nieco słabiej zaznaczony, gdyż fałdy śluzówki nie są tak potężnie rozwinięte, a gruczoły są mniej rozszerzone, niż po stronie operowanej.

9.V badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 10 dni po stosunku).

Strona operowana. Zmiany cykliczne bardzo silnie zaznaczone i całkowicie odpowiadają 10-mu dniu po stosunku. Obraz identyczny z opisanym w doświadczeniu Nr. 11.

Strona nieoperowana. Zmiany cykliczne również ładnie, chociaż wyraźnie słabiej zaznaczone, niż po stronie operowanej.

Nr. 16. 18.III 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

2.IV coitus; 3.IV, po 18 godzinach, extirp. gangl. cerv. sup. sin. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej amoniakiem i pnia lewego nerwu współczulnego na szyi.

13.IV badanie drobnowidowe wycinka (w 11-m dniu po stosunku).

Strona operowana. Bardzo wyraźny i typowy dla 11-go dnia odczyn na działanie hormonu ciałka żółtego w postaci silnie rozwiniętych fałdów śluzówki, zawierających liczne i bardzo znacznie rozszerzone gruczoły. Nabłonek miejscami daje obraz syncytium.

Strona nieoperowana. Obraz drobnowidowy również odpowiada 11-mu dniu po stosunku, lecz jest on tu wyraźnie słabiej zaznaczony.

Nr. 17. 28.III 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

30.V coitus; 31.V extirp. gangl. cerv. sup. dextr. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej amonjakiem.

7.VI badanie drobnowidowe wycinka (w 8 dni po stosunku).

Strona operowana. Zmiany cykliczne są bardzo wybitnie zaznaczone i całkowicie odpowiadają 8-mu dniu po stosunku. Fałdy śluzówki są nadzwyczaj wydłużone, stykają się ze sobą oraz zawierają bardzo liczne i wybitnie rozszerzone gruczoły, dając typowy obraz koronkowego utkania sieci nabłonkowo-łączno-tkankowej.

Strona nieoperowana. Odczyn śluzówki jest również bardzo ładnie, aczkolwiek nieco słabiej zaznaczony, niż po stronie operowanej. Fałdy śluzówki zawierają liczne, rozszerzone gruczoły, są one jednak nieco grubsze i krótsze, a wolna przestrzeń między fałdami jest nieco szersza.

Nr. 18. 3.IV 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

11.IV coitus, po 6 godzinach extirp. gangl. cerv. sup. sin. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej amoniakiem i pnia lewego nerwu współczulnego na szyi.

17.IV badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w 6 dni po stosunku).

Strona operowana. Udział w zmianach cyklicznych zarówno fałdów śluzówki jak i gruczołów jest wybitnie zaznaczony. Poszczególne rozszerzone gruczoły widoczne są w głębokich warstwach mięśniówki, jakgdyby drążyły wgłąb podłoża.

Strona nieoperowana. Zmiany cykliczne wyraźnie są słabiej zaznaczone fałdy śluzówki są mniej rozwinięte, a gruczoły nie tak liczne i mniej rozszerzone. Gruczołów w głębokich warstwach mięśniówki nie stwierdzono.

21.IV badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 10 dni po stosunku).

Strona operowana. Odczyn śluzówki właściwy dla tego okresu, miernie jednak zaznaczony.

Strona nieoperowana. Odczyn śluzówki wyraźnie słabiej zaznaczony, niż po stronie operowanej.

Nr. 19. 8.IV 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

2.V—extirpatio gangl. cerv. sup. dextr. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej amoniakiem.

24.V badanie drobnowidowe wycinka pierwszego (w 22 dni po wycięciu zwoju, jednak bez poprzedzającego stosunku płciowego).

Strona operowana. Wśród mięśniówki oraz w warstwie podśluzowej widoczne są dość liczne, rozszerzone i wypełnione krwią naczynia włoskowate. Śluzówka, wysłana nabłonkiem walcowatym, tworzy dość liczne, jednak płytkie zagłębienia; kilka wąskich gruczołów daje się stwierdzić tylko w jednem miejscu. Żadnych więc objawów zmian cyklicznych tu niema.

28.V badanie drobnowidowe wycinka drugiego (w 26 dni po usunięciu zwoju, jednak bez poprzedzającego stosunku płciowego).

Strona operowana. Daje się wyraźnie stwierdzić przekrwienie naczyń włoskowatych, szczególnie w warstwie podśluzowej. Śluzówka, wysłana nabłonkiem walcowatym, miejscami spłaszczonym, tworzy niezbyt liczne, płytkie wgłębienia; gruczołów brak. W jednem miejscu nabłonek tworzy małe wysepki o jądrach, układających się wielowarstwowo. Żadnych więc oznak zmian cyklicznych niema,

Nr. 20. 9.IV 1930 wszczepienie, jak wyżej.

29.IV coitus, po 6 godzinach extirp. gangl. cerv. sup. dextr. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej amoniakiem.

6.V badanie drobnowidowe wycinka (w 7 dni po stosunku).

Strona operowana. Odczyn bardzo żywy. Fałdy śluzówki, szeroko rozgałęzione, zawierają liczne i znacznie rozszerzone gruczoły.

Strona nieoperowana. Odczyn żywy, lecz wyraźnie słabiej zaznaczony. Fałdy i występy śluzówki niższe i mniej rozgałęzione, a gruczoły znacznie mniej rozszerzone.

Nr. 21. 17.IV 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

29.IV coitus i po 6 godzinach extirp. gangl. cerv. sup. dextr. i jednoczesne pędzlowanie prawej tętnicy wspólnej amoniakiem.

5.V badanie drobnowidowe wycinka (w 6 dni po stosunku).

Strona operowana. Bardzo znaczne przekrwienie wszystkich warstw wszczepionego rogu macicy. Odczyn jest żywy, aczkolwiek nieco odmienny od tego, jaki zazwyczaj spotyka się w 6 dni po stosunku. Atypowość jego polega na tem, że fałdy śluzówki są niezbyt silnie rozrośnięte, natomiast liczne gruczoły, miernie lub znacznie rozszerzone, leżą nie tylko w fałdach, lecz i w głębokich warstwach tkanki podśluzowej, w kilku miejscach wyraźnie drążąc wgłąb mięśniówki.

Strona nieoperowana. Odczyn wybitnie słabiej zaznaczony. Fałdy i występy śluzówki nieliczne i słabo zaznaczone, gruczoły w pobliżu śluzówki są nieliczne, słabo lub miernie rozszerzone.

Nr. 22. 18.IV. 1930 r. wszczepienie, jak wyżej.

13.V coitus; 14.V, po upływie 12 godzin, extirp. gangl. cerv. sup. sin. i jednoczesne pędzlowanie lewej tętnicy wspólnej amoniakiem.

24.V badanie drobnowidowe wycinka (w 11 dni po stosunku).

Strona operowana. Żywy odczyn śluzówki. Obraz drobnowidowy typowy dla 11-go dnia po stosunku (vide doświadczenia Nr. 7 i 16).

Strona nieoperowana. Odczyn również typowy dla 11-go dnia, lecz słabiej zaznaczony.

Nr. 23. 2.IV 1930 r. laparatomja i wszczepienie ½ cm. dług. odcinków prawego rogu do gruczołu tarczowego po obu stronach (Fot. Nr. 9 i 10).

11.V i 22.V coitus; 23.V, po 12 godzinach, extirp. gangl. cerv. sup. et trunci nervi sympat. dextr.

28.V badanie drobnowidowe wycinka (w 5½ dni po stosunku).

Strona operowana. Odczyn śluzówki w postaci znacznego powiększenia fałdów oraz rozszerzenia i wydłużenia gruczołów jest wybitnie zaznaczony. W jednem miejscu gruczoły wyraźnie drążą wgłąb mięśniówki.

Strona nieoperowana. Odczyn śluzówki jest tu wyraźnie słabiej zaznaczony, gdyż fałdy są niższe, a gruczoły mniej liczne i słabiej rozszerzone, nie widać również, by poszczególne gruczoły drążyły wgłąb mięśniówki.

Tkanka gruczołu tarczowego zawiera liczne, wypełnione kolloidem pęcherzyki, lecz zarówno po stronie sympatektomji, jak i po stronie nieoperowanej zachowuje się zupełnie jednakowo.

Nr. 24. 13.V 1931 r. wszczepiono po jednym kawałku rogu pod skórę środkowej części każdego ucha.

4.VI extirp. gangl. cerv. sup. sin. et trunci nervi sympat. sin.

23.VI coitus.

1.VII badanie drobnowidowe wycinka (w 8½ dni po stosunku).

Strona operowana. Naczynia krwionośne mięśniówki oraz fałdów są rozszerzone i wypełnione krwią. Nadzwyczaj silny rozrost fałdów śluzówki, które zajmują prawie całą jamę rogu, pozostawiając pomiędzy fałdami tylko wąską przestrzeń wolną. Gruczoły bardzo liczne i silnie wydłużone lub rozszerzone tworzą nadzwyczaj bogate koronkowe utkanie nabłonkowo-łączno-tkankowe. W jednem miejscu gruczoły drążą wgłąb mięśniówki.

Strona nieoperowana. Odczyn również wybitnie zaznaczony, jednak wyraźnie słabiej, niż po stronie operowanej. Fałdy są mniejsze, wolna przestrzeń światła rogu oraz pomiędzy fałdami jest szersza, a gruczoły są nieco mniej rozszerzone.

Nr. 25. 18.V 1931 r. wszczepienie, jak wyżej. (Fot. Nr. 11 i 12).

4.VI — extirp. gangl. cerv. sup. dextr. et trunci nervi sympat. dextr.

30.VI coitus.

9.VII badanie drobnowidowe wycinka (w 9 dni po stosunku).

Strona operowana. Odczyn nadzwyczaj żywy. Obraz drobnowidowy prawie identyczny z opisanym w poprzednim przypadku, może nawet nieco silniej zaznaczony. Gruczoły, drążące wgłąb podłoża, stwierdza się tu w kilku miejscach. Odczyn śluzówki na działanie hormonu ciałka żółtego w tym przypadku i poprzednim jest najbardziej silnie zaznaczony.

Strona nieoperowana. Odczyn bardzo żywy. Fałdy śluzówki oraz gruczoły są nie tyle rozszerzone, ile wydłużone; w jednem miejscu, w obwodowej części preparatu, widoczna jest dość duża, wypełniona śluzem przestrzeń torbielowata, wysłana wysokim nabłonkiem walcowatym.

Przechodząc do rozpatrzenia uzyskanych przez nas wyników, zaznaczyć przedewszystkiem należy, że wśród 25 zwierząt, u których została wykonana sympatektomja, w 23 przypadkach odczyn ślu-

zówki wszczepionego rogu na działanie hormonu ciałka żółtego zawsze był wyraźnie silniej zaznaczony po stronie operowanej, niż po stronie nieoperowanej.

Napięcie przejawów cyklicznych w poszczególnych przypadkach było różne w jednym i tym samym dniu po stosunku. Gdy u jednych zwierząt odczyn swojem napięciem całkowicie odpowiadał terminowi działania ciałka żółtego, to w innych przypadkach odczyn ten był słabiej zaznaczony, niżby należało oczekiwać. Miało się wrażenie, że były to przeważnie przypadki, w których ograniczono się tylko do usunięcia zwoju, nie dokonując jednocześnie chemicznej sympatektomji (doświadczenia Nr. Nr. 4, 5, 11), względnie takie, w których we wszczepionych odcinkach rogu nastąpiły te lub inne zmiany destrukcyjne.

U niektórych zaś zwierząt odczyn ten był nadzwyczaj silny, stojąc niemal na granicy patologji, gdyż rozrost fałdów śluzówki, rozszerzenie gruczołów i działalność wydzielnicza nabłonka były nadzwyczaj silnie zaznaczone, czasami zaś gruczoły jakgdyby wykazywały tendencję do wrastania wgłąb, gdyż pojedyńcze gruczoły znajdywano w głębokich warstwach mięśniówki (doświadczenia Nr. Nr. 2, 21, 24, 25), czego w normie nie spotykano.

Silny odczyn zaznaczał się przeważnie w tych przypadkach, w których prócz usunięcia zwoju dokonano jednocześnie usunięcia pnia nerwu współczulnego, względnie dokonano chemicznego zniszczenia pnia lub gałązek tego nerwu zapomocą pędzlowania roztworem izofenolu lub amoniaku (dośw. Nr. Nr. 2, 16, 18). Odnosi się wrażenie, jakgdyby zniszczenie pnia i gałązek nerwu współczulnego na szyi, czy to drogą chirurgiczną, czy też chemiczną, wzmacniało efekt wycięcia górnego zwoju, niszcząc połączenia gałązek nerwów współczulnych obu terenów.

Doświadczenia nasze nie są tak liczne, by na ich podstawie można było to twierdzić z całą stanowczością. Natomiast nie ulega kwestji, że zmiany destrukcyjne we wszczepionym rogu: zanik luźnej tkanki łącznej podśluzowej, zanik mięśniówki, zniszczenie lub zanik śluzówki, spowodowane upośledzeniem krwiobiegu, uciskiem przez nagromadzoną wydzielinę lub też bliznami w najbliższem otoczeniu, wpływają ujemnie na zdolność wszczepionej w ten sposób śluzówki odpowiadania swoistym odczynem na działanie hormonu ciałka żółtego. Dlatego też ściśle przestrzegać należy, by pobierane do badań drobnowidowych odcinki wszczepionego rogu znajdowały się możliwie w tych samych warunkach odżywiania i zachowania swoich zdolności życiowych.

Ocena zaś wpływu sympatektomji na siłę przejawów cyklicznych, występujących we wszczepionej śluzówce pod wpływem działania hormonu ciałka żółtego, musi być oparta przedewszystkiem na porównaniu zmian, jakie stwierdzamy u danego zwierzęcia we wszczepionym odcinku rogu macicy po stronie operowanej i po stronie nieoperowanej.

Wzmożenie przejawów cyklicznych po stronie operowanej obserwowane było zarówno w przypadkach, gdy sympatektomja została wykonana w kilka lub kilkanaście godzin post coitum, co miało miejsce w większości przypadkow, jak również i wtedy, gdy sympatektomja została wykonana na kilkanaście dni przed stosunkiem płciowym (doświadczenia Nr. Nr. 24 i 25).

Natomiast w doświadczeniach Nr. Nr. 14, 19, w których dokonano tylko wycięcia górnego zwoju, nie dopuszczając do stosunku płciowego, t. j. usunięto w ten sposób wpływ hormonu ciałka żółtego, sympatektomja nigdy nie spowodowała wystąpienia charakterystycznych przejawów cyklicznych. Badania drobnowidowe wyciętych odcinków rogu, dokonane u tych zwierząt w 6, 22 i 26 dni po zabiegu, wykazały jedynie istnienie objawów przekrwienia i pewnego obrzęku tkanek, oraz nieznaczne wgłębienia gruczołowe nabłonka śluzówki wszczepionego rogu.

Wszystkie charakterystyczne przejawy cykliczne we wszczepionej śluzówce, szczegółowo podane przez nas według wyczerpującego opisu Bouin'a, występowały w odpowiednich okresach i w naszych przypadkach, osiągając swój szczyt w 8-ym dniu lub w początku dziewiątego dnia po stosunku. Nasilenie tych przejawów było zawsze bardziej zaznaczone po stronie operowanej; szczególnie wybitnie różnica ta zaznaczała się w przypadkach całkowitego jednostronnego usunięcia pnia szyjnego nerwu współczulnego razem ze zwojem szyjnym górnym (doświadczenia Nr. Nr. 23, 24, 25).

Zmiany cykliczne we wszczepionej śluzówce występowały nietylko pod wpływem hormonu ciałka żółtego pierwszej generacji, lecz i w późniejszych jego generacjach, t. j. po stosunku powtórnym, który miał miejsce w 14, 38, 36 dni po dokonaniu sympatektomji (doświadczenia Nr. Nr. 5, 8, 12).

Oceniając więc wpływ sympatektomji na wszczepioną śluzówkę rogu macicy, musimy zaznaczyć, że sama tylko sympatektomja i spowodowane przez nią przekrwienie tkanek, bez udziału hormonu ciałka żółtego, nie mogą wywołać zmian cyklicznych śluzówki macicy.

Zmiany cykliczne w śluzówce wszczepionego rogu występują pod wpływem działania tego hormonu, wpływ zaś sympatektomji przejawia się wzmożeniem napięcia przejawów cyklicznych. Objaw ten może być wytłumaczony najprawdopodobniej w ten sposób, że rozszerzone wskutek sympatektomji naczynia krwionośne dostarczają wraz ze krwią do danego terenu większą ilość hormonu ciałka żółtego. Organizm zaś, wskutek zniszczenia na tym terenie układu nerwowego współczulnego, pozbawiony jest możności regulowania tu dopływu krwi a zarazem regulowania procesów chemicznych, w tej liczbie i tych, które występują pod wpływem hormonu ciałka żółtego.

Piśmiennictwo.

1) Ancel et Bouin — Sur le déterminisme des phénomènes utérins préparatoires à la nidation de l'oeuf. — C. R. Assoc. d'Anatom. Strasbourg. Avril 1924. 2) Aron et Dobrzaniecki — Influence de l'ablation du sympatique cervical sur le fonctionnement thyroïdien. — Comptes Rendus d. séances d. Soc. de biolog. 1930. T. 104 s. 1323. 3) Aubert — La sympathectomie pelvienne chez la femme.—Rev. méd. Suisse rom. 1929. Nr. 2 s. 65. 4) Barącz—W sprawie pierwszeństwa pomysłu wycinania obustronnego nerwu współczulnego szyjnego wraz z trzema jego zwojami celem leczenia padaczki samoistnej. — Gazeta Lekarska. 1897. Nr. 49. 5) Benoit — Le déterminisme des caractéres sexuels secondaires du coq domestique.—Thése de sciences. Strasbourg. 1929. 6) Bernard et Theodoresco — La resection du nerf dit presacré. — Journal de Chirurgie. T. 31. 7) Bogdanik — O resekcji nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej. Przegląd Lekarski. 1893. Nr. 7. 8) Bouin et Ancel — Recherches sur les fonctions du corps jaune gestatif sur le déterminisme de la préparation de l'utérus à la fixation de l'oeuf.—Journ. de Physiologie et de Patholog. gen. Janvier. 1910. 9) Bouin et Courier — La greffe des cornes utérines chez le lapin. Leurs réaction au hormones genitals. — Arch. anatom. microscop. 1922. T. 25. 10) Bouin — Condition d'action des hormones sur les éléments réactionnels transplantés. — Bruxelles-Médical. 1930. Nr. 43. 11) Buchheim et Zaleski — Hormones sexuelles et systéme nerveux sympathique. — C. R. Soc. de Biolog. 1930. T. 104 s. 896. 12) Cannon, Newton, Bright, Menkin and Moore — Some aspects of the physiology of animals surviving complete exclusion of sympathetic nerve impulses. — The Amer. Journ. of Physiology. 1929. T. 89 s. 84. 13) Caridroit — Greffe autoplastique d'un cretillon sur un coq domestique. — C. R. Soc. de Biolog. 1925· T. 92. 14) Caridroit et Pezard — La présence de l'hormone testiculaire dans le sang du coq normal. Demonstration directe fondée sur la greffe autoplastique des cretillons. — C. R. Soc. de Biolog. 1926. T. 95. 15) Cotte — La sympathéctomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique? — Press Médic. 1925 s. 98. 16) Cotte — Sur la chirurgie du sympathiqu pelvien en gynécologie.—Paris Médical. 1927 s. 583. 17) Czubalski — Influe ence de l'excitation des nerfs pneumogastrique et sympathique sur le nombre

des plaquettes de Bizzozero et de leucocytes.—C. R. Soc. de Biolog. 1930. T. 104. s. 899. 18) Czubalski — Changement de la concentration en ions hydrogène de la coagulabilité et d'indice réfractométrique du sang sous l'influence de l'excitation des nerfs pneumogastrique et sympathique. C. R. Soc. de Biol. 1930. T. 104 s. 902. 19) Dobrzaniecki—Sympatektomja periarterjalna pod względem klinicznym. Polska Gazeta Lekarska. 1925. Nr. 21. 20) Dobrzaniecki et Aron — Influence de l'excitation du sympathique cervical sur le fonctionnement thyroidien.—C. R. Soc. de Biolog. 1930. T. 104 s. 1321. 21) Dobrzaniecki — Wpływ usunięcia zwojów współczulnych na zachowanie się rozmaitych przeszczepów skórnych autoplastycznych i homoplastycznych.—Polska Gazeta lekarska. 1931. Nr.Nr. 14, 15, 16. (Ta sama praca w języku francuskim—Lyon Chirurgical. 1930. Nr. 5. 22) Dupont — De l'enervation de l'ovaire. — Le Scalpel. 1929 s. 1245. 23) Eiger — Der Einfluss des Nervus vagus auf die Glykogenbildung in der Leber u. s. w. Zntrbl. f. Physiologie. 1915. T. 30 s. 445. 24) Eiger i Hurynowiczówna— Wpływ insuliny na układ nerwowy wegetatywny. — Neurologja Polska. 1927. 25) Eiger i Rubinsztejn — O zależności ciał azotowych bezbiałkowych od układu nerwowego współczulnego i obok współczulnego. — Warsz. Czasopismo Lekarskie. 1927. Nr. 12. 26) Eiger i Czarnecki Badania nad nowotworami doświadczalnemi. I. Wpływ układu nerwowego mimowolnego oraz wpływ odżywiania na powstawanie nowotworów doświadczalnych i t. d.—Warsz. Czasopismo Lekarskie. 1930. Nr. 38 i 39. 27) Ferey—Nouvelles indications de la resection du nerf présacré. — Presse Medicale. 1927. Nr. 15. 28) Guerriero — Autogreffes de trompes utérines leurs sensibilité aux hormones ovariennes. — C. R. Soc. de Biolog. 1930. T. 103. 29) Hamant—La resection du sympathique pelvien.—Bull. d. l. soc. d'Obst. et Gyn. 1926 s. 186. 30) Hesselberg, Kerwin and Loeb — Auto- and homoiotransplantation of the uterus in the guinea pig. — Journ. of med. Research. 1918. T. 38 s. 11. 31) Hurynowiczówna — Wpływ insuliny na układ nerwowy wegetatywny. Dissertat. Inaugural. 1927. Wilno. 32) Jaboulay — Le traitement de la nevralgie pelvienne par la paralysie du sympathique sacré. — Lyon Médical. 1899 s. 102. 33) Lhermitte et Dupont — De l'enervation de l'ovaire.—Gynecolog. et Obstétr. 1927. T. 15, s. 1927. 34) Leriche — Résultats de la sympathectomie fait sur les artères hypogastrique et ovarienne en gynécologie. — La Presse Médical. 1925 s. 465. 35) Leriche — De la part de la chirurgie du sympathique en gynécologie.— Annales de Médic. et de Chirurg. 1928. Nr. 1 s. 14. 36) Michon — Dix observations d'opération sur le sympathique pelvien. chez la femme.— Lyon Chirurgical. 1926 s. 459. 37) Pezard — La détermination de la fonction sexuelle chez les gallinacés. — Biologie Medec. 1930. T. 29 zesz. 1—4. 38) Raynaud — Les autogreffes de muqueuse vaginale chez le cobay. Leur sensibilité a la folliculine.—C. R. Soc. de Biol. 1930. T. 104. 39) Ribbert—Ueber Transplantation von Ovarien, Hoden und Mamma.—Archiv für Entwicklungsmechanism. d. Organismen. 1898. T. 7. 40) Stricker — Transplantation de glandes mammaires dans l'oreille de la lapine impubère. Evolution des transplants sous l'influence du corps jaune et de la gestation.—C. R. Soc. de Biolog. 1929. T. 102. 41) Sweet and Thorp — The effect of lower abdomiminal sympathectomy on the oestrous cykle. — The Amer. Journ. od Physiology. 1929. T. 89 s. 50. 42) Zaleski — Heterotopja doświadczalna tkanki macicznej u króliczek i świnek morskich. Ginekologja Polska. 1931. T. 10, zesz. 1—3.

Aus dem histologischen Institut der Universität in Strassburg
Direktor Prof. *P. Bouin*
und
der Universitäts-Frauenklinik in Wilno (Polen)
Direktor Prof. *W. Jakowicki.*

Der Einfluss der Sympathectomie auf die cyklischen Veränderungen der transplantierten Uterus-Schleimhäute bei Kaninchen.

W. BUCHHEIM und W. ZALESKI.

Die Autoren beabsichtigten den Einfluss des Corpus luteum-Hormons nach Sympathectomie (extirpatio gangl. cervical. super.) nachzuprüfen. Zu diesem Zwecke wurde zuerst bei 20 Kaninchenweibchen im Alter von ca 1/2 Jahr die Autotransplantation von Stückchen des Uterus-Hornes in beide Ohren vorgenommen. Während des Oestrums wurden die Weibchen von einem Männchen, bei dem beiderseits die Vasa defferentia unterbunden wurden, gedeckt, und dann nach 6 — 18 Stunden post coitum in Aethernarkose, einerseits das Gangl. cervical. super. *) und die Art. carotis communis derselben Seite mit Izofenol-lösung bzw. Ammoniak bepinselt. Meinstenteils nach 4 — 12 Tagen post coitum wurden beiderseits die transplantierten Uterusstückchen excidiert und die Präparate nach Fixierung in Bouin'scher Lösung mit Hematoxylin-Eosin gefärbt.

Die typische Reaktion auf den Einfluss des Corpus luteum—Hormons erscheint als eine starke Hyperämie, Oedem der Uteruswände, Vergrösserung der Schleimhautfalten, Wucherung und Invagination der Drüsen. Stets war die Reaktion in viel stärkerem Maasse auf der Seite der Sympathectomie. Die Reaktion trat am stärksten am 8 — 9 Tage post coitum hervor. Die Mytose der Epithel-Körner konnte man noch am 11-en Tage post coitum beobachten.

In drei Fällen war die Vergrösserung und Wucherung der Drüsen auf der operierten Seite dermassen stark, dass sie fast an das pathologische gränzte. Eine Reaktion in so starker Form wurde nie auf der nichtoperierten Seite beobachtet. Eine gleich stark ausgedrükte Reaktion auf der sympathectomierten Seite findet man im transplantierten Uterushorn auch nach der zweiten Corpus luteum Generation, wenn ein zweiter Coitus am 14, 36, 38 Tage nach Extirpation des Gangl. cervical. sup. stattgefunden hat.

*) In allen Fällen wurde das extirpierte Gangl. cervical. sup. und der truncus n. sympathici cervical. mikroskopisch untersucht.

Zur Kontrolle wurden bei zwei Kaninchen Uterushörner in beide Ohren transplantiert und eine einseitige Extirpation des Gangl. cervical. super nach Bepinselung der Art. carotis comm. mit Isofenol oder Ammoniak ohne vorherige Deckung durch ein Männchen vorgenommen, um den Einfluss des Corpus luteum—Hormons auszuschalten.

Die in 6, 22, 26 Tagen nach der Extirpation der Gangl. cerv. erfolgte Excision der transplantierten Uterushörner wiesen nur Hyperämie und Oedem der Wände, aber keine spezifische Reaktion der Schleimhäute auf.

In einem Falle wurde eine Transplantation von 1/2 cm. grossem Stücke Uterushorn in beide Seiten der Schilddrüse vorgenommen. Während des Oestrum wurde das Weibchen durch einen sterilisierten Kaninchenbock belegt und nach 12 Stunden post Coitum wurde die Extirpation des Gangl. cervical. super. und eine Excision der trunci cervical. nervi sympathici auf derselben Seite sowie eine Bepinselung der Art. carot. commun. vorgenommen. Die Excision der transplantierten Stücke nach 5 1/2 Tagen post Coitum zeigten auch in diesem Falle einen grossen Unterschied der typischen cyklischen Aenderungen der Schleimhäute auf beiden Seiten. Auf der operierten Seite trat die Reaktion sehr stark hervor und auf der nichtoperierten war die Reaktion der Schleimhäute auf die Wirkung des Corpus luteum-Hormons bedeutend schwächer.

In zwei Fällen ist die Modifikation des Experiments auf folgende Weise gemacht worden. Zuerst ist eine Transplantation des Uterushornes unter die Haut an den Ohren gemacht worden, nach 17 bezw. 22 Tagen Extirpatio gangl. cervical. super. et excisio trunci nervi sympathici sowie Bepinselung mit Ammoniak Art. carotis commun. derselben Seite. Der Coitus fand nach 19 bezw. 26 Tage nach der Sympathectomie statt und 8 1/2 — 9 Tage post Coitum wurde die Excision des transplantierten Uterushornes vorgenommen. Die Reaktion der Uterusschleimhaut auf die Wirkung des Corpus luteum—Hormons war hier ausserordentlich stark und der Unterschied zwischen der operierten und der nichtoperierten Seite war betreffs der Reaktion sehr erheblich.

Aller Wahrscheinlichkeit nach, lässt... sich diese Tatsache dadurch erklären, dass der sympathische Nervenstrang auf einer grösseren Strecke vernichtet wurde, wobei auch die entsprechenden Nervenfäden mit inbegriffen wurden. Die Verfasser gelangen auf Grund dieser 25 Experimente zum Schluss, dass die stärkere Reagirung der transplantierten Uterusschleimhäute auf die Corpus luteum—Hormonswirkung auf der sympathectomierten Seite wahrscheinlich durch die Zirkulation

grösserer Mengen des Corpus luteum—Hormons in den hyperämisierten und reichlich mit Blut bespülteten Geweben, sowie durch den Ausfall einer normal regulierender Tätigkeit des sympathischen Nervensystems zu erklären ist. Auf diese Weise ist das Corpus luteum—Hormon die Ursache der cyklischen Aenderungen der Uterusschleimhäute, auf die es durch Vermittlung des Blutgefässsystems wirkt. Das sympathische Nervensystem spielt die Rolle eines Regulators des Blutzuflusses, dadurch gleichzeitig der circulierenden Menge des Corpus luteum—Hormons und schlisslich der chemischen Processe, die von der Anwesenheit des Hormons abhängig sind.

Opis fotografij.

Fot. Nr. 1.
Kawałki rogów macicy wszczepione pod skórę obu małżowin usznych.

Fot. Nr. 2.
Obraz drobnowidowy górnego zwoju szyjnego u króliczki.

Fot. Nr. 3.
Nadzwyczaj silny, prawie patologiczny odczyn śluzówki po stronie sympatektomji. Gruczoły są nadmiernie rozszerzone i leżą w głębokich warstwach mięśni gładkich macicy. (Doświadczenie Nr. 2).

Fot. Nr. 4.
Obraz drobnowidowy w 6 dni post extirpationem gangl. cervical. sup. bez poprzedzającego jednak stosunku płciowego, t. j. bez wpływu hormonu ciałka żółtego. (Doświadczenie Nr. 14).

Fot. Nr. 5.
Dobrze zaznaczone zmiany cykliczne śluzówki po stronie operowanej w 5 dni post coitum a w $4^{3}/_{4}$ dni post extirpationem gangl. cervical. super. (Doświadczenie Nr. 3).

Fot. Nr. 6.
Strona nieoperowana — zmiany cykliczne wyraźnie słabiej zaznaczone. Wycięcie zrobione jednocześnie z poprzedniem.

Erklärungen der Abbildungen.

Uterushornstückchen unter die Haut beider Ohrmuscheln implantiert.

Ganglion cervicale superius bei Kaninchen (mikroskopisches Bild).

Besonders starke fast pathologische Reaktion der Schleimhaut auf der sympathektomierter Seite. Die Drüsen sind stark dilatiert und liegen in der tiefen Schicht der Uterusmuskulatur. (Experim. Nr. 2).

Das mikroskopische Bild in 6 Tagen post extirpationem gangl. cervical. sup. ohne vorherigem coitus, d. h. ohne Hormonwirkung des Corpus luteum (Experim. Nr. 14).

Deutliche cyklische Veränderungen der Schleimhaut auf der operierten Seite in 5 Tagen post coitum und in $4^{3}/_{4}$ Tagen post extirpationem gangl. cervical. super. (Experim. Nr. 3).

Die nichtoperierte Seite. — Weniger deutliche cyklische Veränderungen. Die Excision wurde gleichzeitig mit der vorherigen ausgeführt.

Fot. Nr. 7.

Bardzo silny odczyn śluzówki po stronie operowanej w 6 dni post coitum, a w $5^3/_4$ dni post extirpationem gangl. cervical. sup. (Doświadczenie Nr. 15).

Besonders starke Reaktion auf der operierten Seite in 6 Tagen post coitum und in $5^3/_4$ Tagen post extirpationem gangl. cervical. sup. (Experim. Nr. 15).

Fot. Nr. 8.

Strona nieoperowana. Odczyn dobrze zaznaczony, wyraźnie jest jednak słabszy.

Nichtoperierte Seite. — Die Reaktion gut angedeutet, jedoch schwächer.

Fot. Nr 9.

Róg macicy wszczepiony do gruczołu tarczowego. Po stronie sympatektomji odczyn śluzówki bardzo silnie zaznaczony. Pojedyńcze gruczoły drążą wgłąb mięśni gładkich rogu macicy. W $5^1/_2$ dni post coitum, a w 5 dni postsympethectomiam. (Doświadczenie Nr. 23).

Uterushorn in die Schilddrüse implantiert. Auf der Seite der Sympathectomie ist die Schleimhautreaktion sehr stark angedeutet. Einzelne Drüsen drängen sich in die Uterusmuskulatur. $5^1/_2$ Tagen post coitum und 5 Tage post sympathectomiam. (Experim. Nr 23).

Fot. Nr. 10.

Strona nieoperowana. Odczyn śluzówki miernie zaznaczony.

Die nichtoperierte Seite. Schleim hautreaktion mässig angedeutet.

Fot. Nr. 11.

Jeden z najbardziej silnie zaznaczonych odczynów śluzówki na działanie hormonu ciałka żółtego w 9 dni po stosunku, a w 35 dni po usunięciu gangl. cervical. sup. z jednoczesnem wycięciem pnia nerwu współczulnego na szyi i pędzlowania amoniakiem tętnicy szyjnej wspólnej po tejże stronie. (Doświadczenie Nr. 25).

Eine der stärksten Schleimhautreaktionen auf das Corpusluteum hormon 9 Tage post coitum und 35 Tage nach Extirpation des gangl. cervical. super. mit gleichzeitiger Excision des Truncus narvi sympathici cervical. und Bepinselung der Art. carot. commun. mit Ammoniak auf derselben Seite. (Experim. Nr. 25).

Fot. Nr. 12.

Odczyn śluzówki bardzo dobrze zaznaczony, jednak wyraźnie słabszy.

Die Schleimhautreaktion gut angedeutet jedoch bedeutend schwacher.





Fot. 1.



Fot. 2.



Fot. 3.



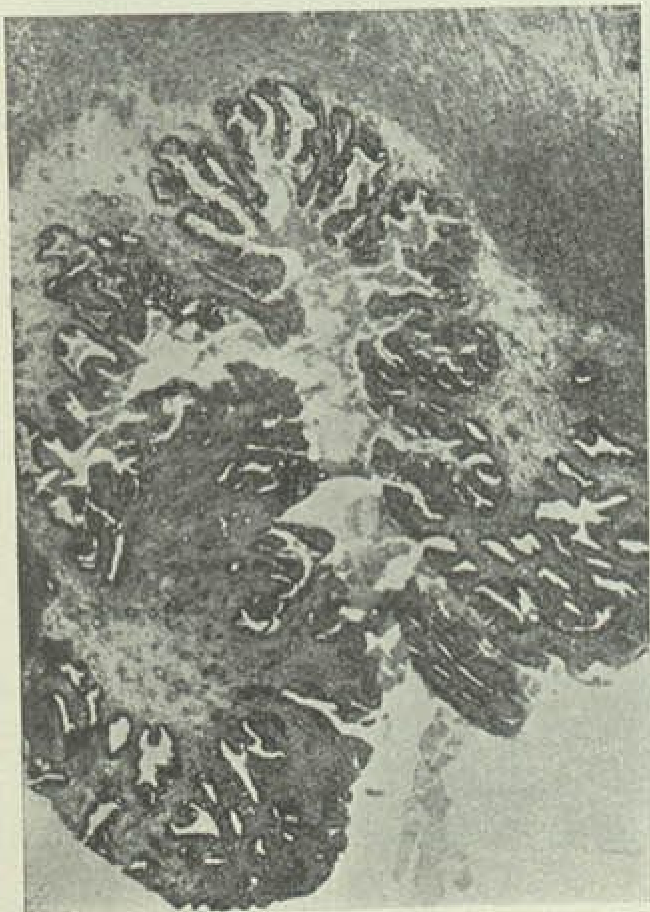
Fot. 4.



Fot. 5.



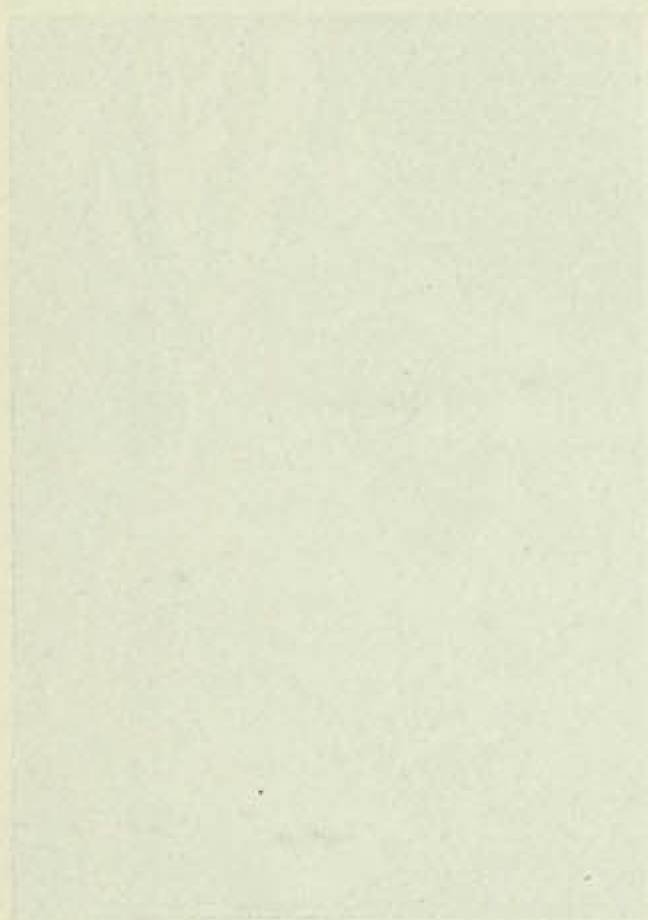
Fot. 6.

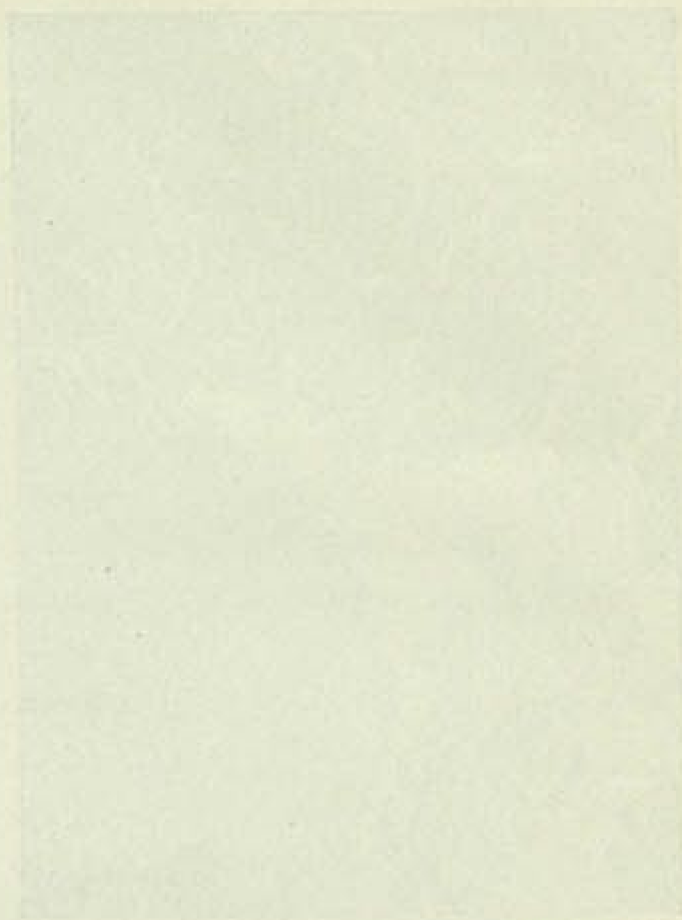


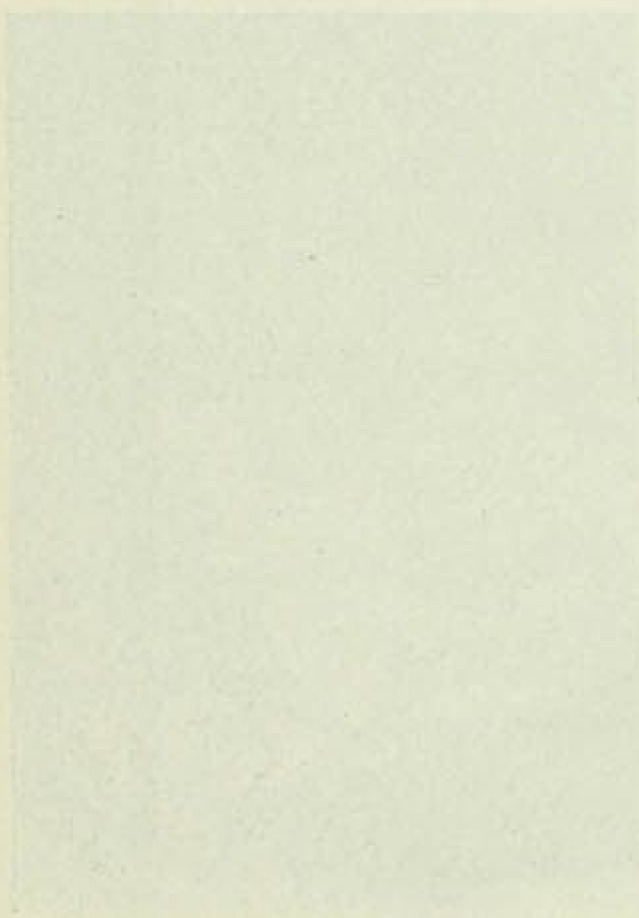
Fot. 7.

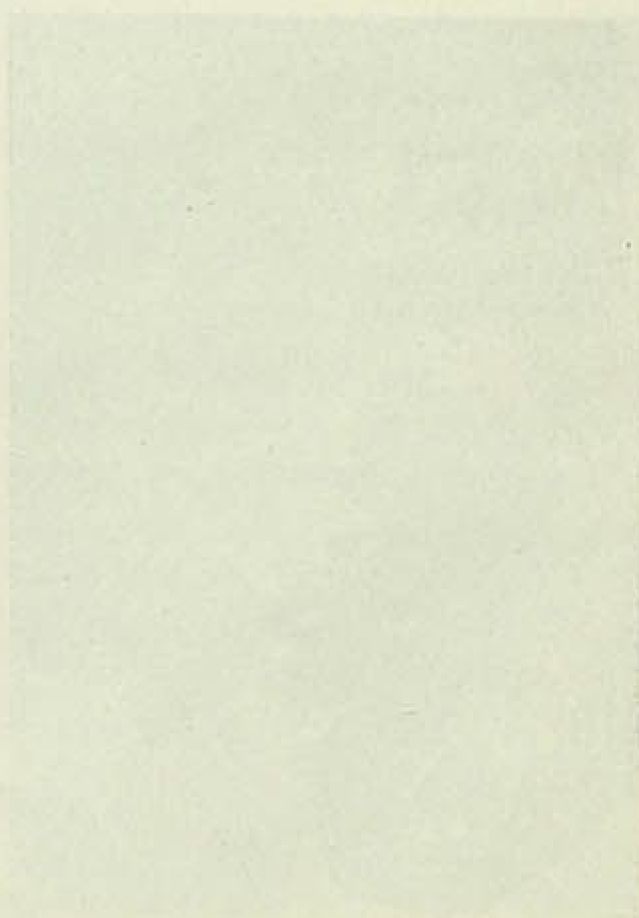


Fot. 8.










Fot. 9.


Fot. 10.


Fot. 11.


Fot. 12.

Z Kliniki Dziecięcej U. S. B. w Wilnie
Kierownik: Prof. *Dr. Wacław Jasiński.*

Uwagi kliniczne w sprawie przebiegu i leczenia ropnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci.

D-r EUGENJUSZ GERLÉE — adjunkt kliniki.

Piśmiennictwo lekarskie ogólne, jak również polskie piśmiennictwo pedjatryczne zawiera dużo prac, poświęconych ropnym zapaleniom opon mózgowo-rdzeniowych, w szczególności zaś zapaleniu meningokokowemu.

Materjał kliniki Dziecięcej U. S B. jest dość szczupły; uważamy jednak za swój obowiązek podzielić się pewnemi uwagami, dotyczącemi ropnych zapaleń opon mózgowych i pragniemy — w odróżnieniu od innych prac — przedstawić porównawczo dane, dotyczące meningokokowego zapalenia opon oraz zapaleń ropnych innego pochodzenia.

W ciągu 9-ciu lat obserwowaliśmy ogółem 70 przypadków ropnych zapaleń opon: z tego na zapalenie meningokokowe przypada 52 (t. zn. 74.2%) i na ropne zapalenie opon mózgowych innego pochodzenia 18 (t. j. 25.8%), a mianowicie 15 pneumokokowych, 2—streptokokowe i 1 wywołane przez diplococcus crassus.

Częstość występowania, pora roku i wiek. Materjał nasz, dotyczący meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, rozkłada się podług lat w następujący sposób:

1923 r. . . 2 przyp.	1926 r. . . 6 przyp.	1929 r. . . 5 przyp.
1924 r. . . 6 „	1927 r. . . 5 „	1930 r. . . 9 „
1925 r. . . 4 „	1928 r. . . 8 „	1931 r. . . 7 „ (I półrocze)

Większość naszych przypadków zgłaszała się w miesiącach wiosennych i zimowych, nieduża ilość w okresie jesiennym i najmniej w lecie.

Miesiące	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Liczba przypadków	9	7	8	10	3	3	1	—	1	4	3	3

Każda epidemja „drętwicy karku" może mieć nieco odrębny obraz chorobowy, pewien dominujący zespół objawów, częściej powtarzających się np. śpiączka, drgawki, szczególniejsze stany podniecenia i t. p. co nadaje tym epidemjom właściwe piętno. Z naszego materjału nie mogliśmy wysnuć w poszczególnych latach żadnej od-

rębności swoistej, to też nie zaliczamy swych przypadków do żadnej epidemji, lecz traktujemy je, jako przypadki sporadyczne, które rok rocznie zdarzają się wszędzie, pochłaniając mniej lub więcej ofiar.

Wśród 52 przyp. drętwicy karku, obserwowanych w naszej klinice, przeważały dzieci w wieku niemowlęcym.

Wiek:	0—1	1—2	2—5	5—10	10—15
Liczba przypadków	23	6	12	6	5

najmłodsze dziecko miało półtora miesiąca, najstarsze 15 lat. Płeć nie odgrywała roli, przewagi na korzyść tej lub innej płci nie notowaliśmy.

Z 18 przypad. zapalenia opon mózgowych pochodzenia niemeningokokowego na wiek niemowlęcy przypada 12, na dzieci starsze 6.

Te 18 przypadków w ciągu 9 lat istnienia kliniki wskazuje na to, że ropne zapalenie opon nie należy do częstych, chociaż pneumokok w wieku dziecięcym odgrywa niemałą rolę. Niejednokrotnie jednak wypowiadane są zdania, że ropne zapalenia opon mózgowych występują częściej, niż się o tem wspomina w piśmiennictwie pedjatrycznem i gdyby u niemowląt w każdym przypadku większego niepokoju, któremu towarzyszy podniesienie ciepłoty ciała, nawet w braku wyraźnych objawów oponowych, robiono nakłucie lędźwiowe—wzrosłaby liczba zachorowań (Mogilnicki). Nicola Leone uważa, że w wieku dziecięcym pneumokokowe zapalenia opon występują równie często, jak meningokokowe. Brak swoistych środków leczniczych, względnie bezradnośc lekarza wobec powyższej jednostki chorobowej przyczynić się może do mniejszego zainteresowania klinicystów temi postaciami zapalenia opon (Erlichówna).

Załączamy tutaj tablicę, zawierającą wykaz naszych przypadków według miesięcy, a poniżej wyszczególniamy przyczynę, tych zapaleń, o ile udało się ją ustalić.

Miesiące	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Liczba przypadków	1	3	4	2	—	—	—	—	1	1	3	3

Bronchopneumonia	6
Otitis et mastoiditis	3
Abscessus multiplex	2
Uraz	1
Pierwotnych	6

Z powyższego wyszczególnienia wynika, że ropne niemeningokokowe zapalenia opon mózgowych również zdarzały się częściej

w miesiącach wiosennych i zimowych, kiedy dzieci przeważniej zapadają na schorzenia dróg oddechowych, najczęstszy punkt wyjścia dla ropnych zapaleń opon mózgowych.

Warunki sprzyjające powstaniu zapaleń opon mózg.-rdzen. Do warunków, sprzyjających powstaniu drętwicy karku u danej jednostki bywają zaliczane najczęściej uraz, przeziębienie, przemęczenie, wybuchowi zaś epidemji sprzyjają — brak higjeny, przeludnienie mieszkań, warunki atmosferyczne (miesiące wiosenne i zimowe). W naszych wywiadach czynników, sprzyjających powstaniu cierpienia u danej jednostki, notowano bardzo niewiele, co jest zrozumiałe jeśli się zwróci uwagę na wiek chorych, np. uraz notowaliśmy w 3-ch przypadkach, na przemęczenie — nie wskazywano wcale. — Już to, że na cierpienie powyższe zapada stosunkowo niewiele dzieci, epidemje zaś nie osiągają takich rozmiarów jak n. p. płonicy, lub odry, pozwala przypuszczać, że wymienione czynniki nie mają decydującego znaczenia.—Prace, poświęcone epidemjologji drętwicy, uważają za czynniki odgrywające dużą rolę w jej etjologji, przenoszenie choroby przez nosicieli oraz zakażenie bezpośrednie. Jednak zakażenie drogą bezpośrednią zdarza się nieczęsto, chociaż znane są przypadki zachorowań kilku członków jednej rodziny. Mieliśmy możność raz tylko obserwować jednocześnie drętwicę karku u 2 sióstr w jednej rodzinie: najpierw zachorowała młodsza, w tydzień później starsza. Należy przypuszczać, że źródłem zakażenia starszej dziewczynki była jej młodsza siostra, którą ona początkowo pielęgnowała w chorobie, mając fatalne warunki higjeniczne w mieszkaniu. Obserwację powyższą trzeba uważać za dość rzadką, jeśli uwzględnimy fakt, że wśród personelu pielęgniarskiego przypadki drętwicy karku są notowane wyjątkowo rzadko.

Według większości autorów zakażenie najczęściej powstaje za pośrednictwem nosicielstwa meningokoków, które się znajdują w jamie nosowo-gardzielowej osobników zdrowych. Niektórzy autorzy podają, że 5% ludzi stykających się z chorymi na drętwicę karku posiada te zarazki w jamie nosowo-gardzielowej. Inni badacze dowodzą, że liczba nosicieli podczas epidemji dochodzi do 50—60%. Nosicielstwo niewątpliwie odgrywa poważną rolę w etjologji, jednak potrzebny jest jeszcze czynnik usposabiający.

J o c h m a n n, M o g i l n i c k i doszukują się pewnego usposobienia w wieku dziecięcym do danego schorzenia. Zgadzamy się z poglądami L e o n o w a, który podczas epidemji na Białej Rusi doszedł do wniosku, że wśród wielu czynników usposabiają-

cych do powstawania zapaleń opon mózgowych u dzieci wogóle, a zwłaszcza u niemowląt, jest jeden czynnik szczególnie ważny—wrodzone dziedziczne osłabienie opon mózgowych i całego aparatu ochronnego mózgu (barjera krwio-mózgowa — barriére haematoencephalique — jak ją nazwali Stern i Garnier), co się uwydatnia przez chwiejność czynnościowo-anatomiczną opon i przechodzi dziedzicznie z pokolenia na pokolenie, zaznaczając się często u wielu członków jednej rodziny. Kliniczna obserwacja potwierdza to, są bowiem rodziny obarczone, których wszystkie dzieci umierają na meningitis lub kilkoro z nich choruje na to cierpienie. Niektóre z przypadków prof. Leonowa zasługują na szersze omówienie:

Spostrzeżenia Leonowa były zrobione podczas epidemji, która dała mu w ciągu 3-ch lat z górą 300 przypadków drętwicy karku.

Z. S. dziewczynka 3 i 5/12 r. zachorowała na drętwicę karku 20.V 28 roku. Przebieg lekki. 12 dni trwa choroba. Wypisana 1.VI 28 r. w stanie dobrym. Przyrodnia jej siostra w wieku 9 mies. zachorowuje na drętwicę karku 3.XII 28 roku przebieg również lekki, wypisana w stanie dobrym 22.XII 28 r. W posiewie u obu dziewczynek wyhodowano meningokoki szczepu A. W preparatach mazanych meningokoki o takim samym obrazie bakterjologicznym, chociaż okres 6-mies. dzielił zachorowanie tych obu przypadków. Dziewczynka, która zachorowała pierwsza, pochodziła z pierwszego małżeństwa, drugie dziecko—z drugiego. Prof. Leonow uważa, że w danem spostrzeżeniu patologiczna dziedziczność w sensie predyspozycji do schorzeń drętwicy karku była po stronie matki; słuszność takiego rozumowania potwierdza i ten fakt, że jedna z sióstr matki w 5-tym roku życia zmarła na drętwicę karku w 1914 r.

F. M. chłopiec w wieku 3-ch lat zachorował 21.V 28 r. przebieg choroby długi (40 dni) i bardzo ciężki. Wypisany jako zdrowy. Z. G. dziewczynka lat 14 zachorowała 30.X 28 r. przebieg niezwykle ciężki, zgon po 5-ciu dniach. W obu przypadkach posiew z płynu mózg. rdzen. dał meningokoki. F. M. i Z. G. byli ciotecznem rodzeństwem (linja żeńska). Rodzeństwo to mieszkało w jednem miasteczku, lecz w domach osobnych, położonych daleko od siebie. Patologiczna dziedziczność i w danym przypadku była po stronie żeńskiej (matki).

S. B. w wieku 11 mies. chłopiec zachorował 16.IX 26 r. umiera 11.X 26 r. Chorował 25 dni, przebieg ciężki, powikłany zapaleniem płuc. — C. B. w wieku 3 i pół mies. zachorowała 3.XII 27 r. umiera 23.I 28 r. chorowała 51 dni, przebieg choroby bardzo ciężki z powikłaniem (wodogłowie). Posiew z płynu w obu przypadkach dał meningokoki. W danem spostrzeżeniu dwoje rodzeństwa, które przyszły na świat w różnym czasie, zmarły wskutek meningokokowego zapalenia opon w okresie niemowlęcym; pomiędzy zachorowaniem tych obu przypadków upłynęło 14 mies.

A. C. w wieku lat 14 dziewczynka zachorowała 9.II 29 r. przebieg bardzo ciężki, po 8-miu dniach zejście śmiertelne. W tej samej rodzinie dziadek (ze strony matki) w dzieciństwie przechodził meningitis, rodzona zaś siostra matki zmarła na meningitis.

Leonow podaje tylko kilka takich spostrzeżeń, lecz zaznacza, że ma ogółem 19 przypadków, gdzie z wielką dokładnością zostało

ustalone to dziedziczne usposobienie do zachorowania na *meningitis meningococcica*; w jego materjale 5,45% zachorowań dotyczyły obarczonych rodzin. Niezawsze udaje się dokładnie przeprowadzić wywiad, podawane bowiem przyczyny śmierci poszczególnych członków rodziny lub ich zachorowań niezawsze można ustalić, co z pewnością wpływa na obniżenie procentu obarczonych rodzin.

W naszym szczupłym materjale mieliśmy możność zanotować 2 podobne spostrzeżenia.

Spostrzeżenie I. Jan L. w wieku półtora miesiąca zachorował nagle dnia 9.XI 26 r. przyjęty do kliniki 10.XI 26 r. W osadzie płynu mózg. rdzeniow. zostały wykryte pojedyńcze meningokoki. Przebieg burzliwy, zgon przed upływem doby. W wywiadzie rodzice podają, iż pierwsze dziecko w wieku 2 i pół lat i drugie w wieku 1 rok i 2 mies. również zmarło na to samo cierpienie.

Spostrzeżenie II. Roma S. w wieku 4 mies. zachorowała na drętwicę karku w dn. 29.XI 29 r. przebieg łagodny. Zupełna poprawa po 20 dniach. W wywiadzie matka podaje, że pierwsze dziecko w wieku 11 mies. zmarło na zapalenie opon mózg. rdzen. (Wskutek spóźnionego rozpoznania choroby, leczenie w tamtym przypadku rozpoczęto w 3-cim tygodniu choroby).

Powyższe spostrzeżenia nasze pozwalają zaliczyć obiedwie rodziny do obarczonych dziedzicznie usposobieniem do zapaleń opon mózg.-rdzen. Rodzice w obydwu przypadkach byli badani w kierunku nosicielstwa, lecz dwukrotny posiew z jamy nosowo-gardzielowej dał wyniki ujemne.

Jeśli drętwicę karku zaliczamy do takich chorób zakaźnych, które mogą udzielać się w pewnych warunkach bezpośrednio od chorego lub drogą nosicielstwa, to w zapaleniu ropnem opon mózgowych innego pochodzenia tej współzależności nie mamy. Możemy tu myśleć tylko o osłabieniu całego aparatu ochronnego mózgu, co sprzyja rozszerzaniu się na opony mózgowe sprawców choroby pierwotnej (pneumokoki i t. p.).

Początek choroby. Zdania autorów, co do objawów początku meningokokowego zapalenia opon są podzielone: jedni twierdzą (Mogilnicki, Erlichówna i inn.), że z ropnych zapaleń opon mózgowych, drętwica karku odznacza się najłagodniejszą symptomatologją; inni są zdania, że początek drętwicy karku, zwłaszcza u oseskówbywa raptowny, burzliwy (Knöpfelmacher, Hayden, Feldstein). Na zasadzie naszych spostrzeżeń zgadzamy się w zupełności z poglądami tych ostatnich autorów. W naszych bowiem przypadkach drętwicy karku, z wyjątkiem jednego u niemowlęcia i jednego w wieku szkolnym, choroba rozpoczynała się nagłem podniesieniem ciepłoty, wymiotami, niekiedy również drgawkami i utratą przytomności. U niemowląt prawie w każdym przypadku obserwo-

waliśmy wybitny niepokój oraz biegunki. Poniżej podajemy wyciągi z kilku historyj chorób, w których wywiad brzmi prawie w każdym przypadku jednakowo:

Nr. karty: 833. Zygmuś G. w wieku 5 mies. zachorował nagle, z objawami wysokiej gorączki, drgawek, ciągłych wymiotów, niezależnych od jedzenia, częstych stolców, wolnych i wodnistych. W klinice w drugim dniu choroby stwierdzono ogólny niepokój, nieznaczną sztywność karku, ciemiączko zapadnięte, Kernig nieco zaznaczony. Nakłucie lędźwiowe daje płyn zapalny, mętny, zawierający meningokoki.

Józef G. Nr. karty 1433, w wieku 5 mies. dostaje nagle wysokiej ciepłoty, wymioty, stolec rozwolniony. W klinice w 3-im tygodniu choroby po stwierdzeniu objawów oponowych nakłucie lędźwiowe daje płyn mętny, zawierający meningokoki.

Jan L. Nr. karty 978, w wieku 1½ mies. zachorowuje nagle. T. 40^0, kilkakrotne drgawki. Przyjęty do kliniki w drugim dniu choroby. Nakłucie daje płyn ropny, zawierający meningokoki.

Janina P. Nr. karty 2971, w wieku lat 4. Zachorowuje nagle. T. 39^0, nudności, nieprzytomna. Przyjęta w 2-im dniu choroby, stwierdzono objawy oponowe. Nakłucie daje płyn mętny, zawierający meningokoki.

Jak widać z powyższych przykładów, początek choroby we wszystkich przypadkach jest mniej więcej jednakowy.

Zdarzały się jednak przypadki o powolnym początku choroby— oto 2 przykłady:

Janina R. Nr. karty 1218, w wieku 1 rok. Choroba rozpoczęła się stopniowo przed 3-ma tygodniami, brakiem łaknienia, wymiotami i płynnemi stolcami. Dziecko leczone było „na robaki". Ciepłota przez cały czas wahała się pomiędzy 37.3—37.8. Dopiero w końcu 3-ego tygodnia wystąpiły drgawki i zez; z tego powodu dziecko skierowano do kliniki, gdzie stwierdzono nieznaczną sztywność karku. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny, zapalny, zawierający meningokoki.

Jadwiga P. Nr. karty 467, w wieku lat 10. Choroba rozpoczęła się nieznacznem podniesieniem ciepłoty, bólami głowy, wymiotami, brakiem humoru i apetytu. Przyjęta w 4-tym dniu choroby do kliniki; myślano raczej o zapaleniu opon mózgowych pochodzenia gruźliczego. Nakłucie lędźwiowe dało jednak płyn mętny, zawierający meningokoki.

Początek choroby oraz jej przebieg w zap. opon mózg. rdzen. niemeningokokowego pochodzeuia. W zapaleniu opon niemeningokokowego pochodzenia Hutinel, Finkelstein, Salge, zaznaczają nagły ostry początek z utratą przytomności. Erlichówna, Mogilnicki i Leonow również podkreślają ostry i nagły początek, szybkie wystąpienie objawów oponowych, raptowną utratę przytomności. Taki obraz kliniczny pozwala niejako przed nakłuciem wykluczyć drętwicę karku, która podług tych autorów ma początek łagodniejszy.

Nasz jednak materjał nie upoważnia do podobnych wniosków.

Ropne zapalenia poza meningokokami najczęściej wywołane są przez pneumokoki. W naszym materjale ten sprawca odgrywał naj-

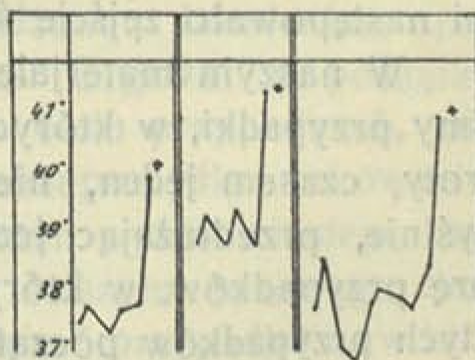
większą rolę. Stransky i Wittenberg w 1926 r. opisali swoje kliniczne spostrzeżenia, dotyczące pneumokokowego zapalenia opon mózgowych u niemowląt. Podają oni, że pneumokokowe zapalenie opon w tym okresie życia może przebiegać w 2-ch postaciach, jako *meningitis purulenta* lub *serosa*. Pierwsza postać zazwyczaj przebiega ostro, burzliwie i daje złe rokowanie; postać zaś surowicza daje przebieg łagodniejszy i zejście niezawsze bywa złe. Obie te formy różnią się od siebie wyglądem płynu mózgowo-rdzeniowego.

W naszym materjale tej dwupostaciowości nie obserwowaliśmy. Jedynie możemy powiedzieć, że płyn w postaciach pierwotnych odrazu wydziela się mętny, ropny, w postaciach zaś wtórnych płyn na początku choroby jest przezroczysty, lecz zapalny, zmętnienie zaś zjawia się stopniowo. Przykłady, stwierdzające to zjawisko, podamy niżej.

Ustalenie w naszym materjale początku choroby w ropnych zapaleniach opon mózgowych niemeningokokowego pochodzenia przedstawia pewne trudności, ponieważ choroba rzadko rozpoczyna się jako schorzenie pierwotne, a przeważnie jako wtórna sprawa po przebytej uprzednio infekcji pneumokokowej lub innej. W naszym materjale większość przypadków była wtórnego pochodzenia. Z doświadczenia klinicznego wiemy, że choroby ostro się rozpoczynające, mogą w swym przebiegu początkowym dawać objawy oponowe, lecz nie zaliczamy ich odrazu do zapaleń opon mózgowych, natomiast wystąpienie tych objawów w dalszym przebiegu choroby, lub po jej ustąpieniu wskazuje na powikłania mózgowe.

Przebieg krzywej ciepłoty ciała. Przechodząc do zachowania się ciepłoty ciała w drętwicy karku stwierdzamy, podobnie jak inni autorzy, że nie posiada ona określonego typu. Uzależnić ciężkości przebiegu choroby od wysokości gorączki nie możemy, ponieważ nieraz obserwowaliśmy łagodny przebieg i szybkie działanie surowicy swoistej w przypadkach o wysokiej ciepłocie i odwrotnie — zakończenie choroby zejściem śmiertelnem w przypadkach o miernych wahaniach ciepłoty. Zanotowaliśmy jedynie, że w dniu śmierci prawie we wszystkich przypadkach występowało raptowne i znaczne podniesienie ciepłoty. Poniżej podajemy kilka takich krzywych.

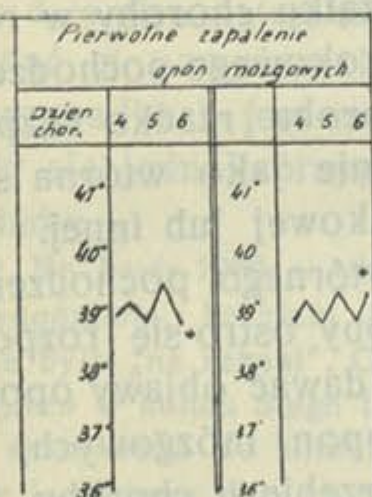
Nr. 321 Nr. 821 Nr. 422



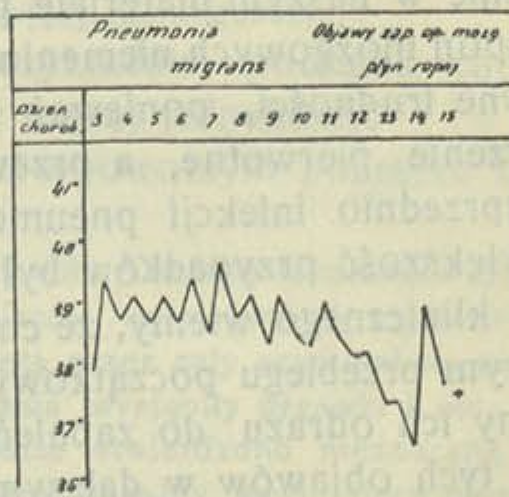
Inaczej zachowuje się ciepłota ciała w zapaleniu opon mózg.-rdzeniowych pochodzenia niemeningokokowego; ma ona przeważnie w przypadkach pierwotnych charakter typu stałego. W naszej obserwacji większość przypadków przebiegała z ciepłotą o typie stałym. W przypadkach zaś zapaleń opon mózg.-rdzeniowych wtórnego pochodzenia nasz materjał nie daje potwierdzić spostrzeżeń prof. Leonowa, że o ile ciepłota była typu zmiennego, zależnie od przebiegu poprzedzającego schorzenia, to z chwilą wystąpienia sprawy mózgowej, typ ciepłoty przybiera charakter stałego.

W okresie agonalnym nie notowaliśmy tu takich zmian ciepłoty, jak w drętwicy karku. Poniżej podajemy kilka krzywych ciepłoty w zapaleniu opon mózg.-rdzeniowych pochodzenia niemeningokokowego, tak pierwotnych jak i wtórnych.

Nr. 1646 Nr. 1361



Nr. 1255



Czas trwania gorączki. Czas trwania podniesionej ciepłoty ciała w drętwicy karku jest różny: najdłuższy okres, jaki obserwowaliśmy, wynosił 2 miesiące, najkrótszy przebieg ciepłoty trwał 7 dni, oba przypadki zakończyły się pomyślnie. Śmiertelne przypadki dawały również okres gorączki niejednakowy: mieliśmy chorych, u których gorączka trwała kilka tygodni, lecz były i takie, gdzie w ciągu 3–4 dni następowało zejście śmiertelne.

W naszym materjale, dotyczącym drętwicy karku, obserwowaliśmy przypadki, w których po rzekomej poprawie występowały nawroty, czasem jeden, niekiedy dwa. Przypadki te kończyły się pomyślnie, przedłużając jedynie przebieg choroby. Podajemy poniżej parę przypadków, w których obserwowane były nawroty. W jednym z tych przypadków początkowy okres choroby trwał 25 dni, poczem nastąpiło polepszenie stanu ogólnego, ciepłota spadła, objawy oponowe ustąpiły, w ciągu 9 dni trwało zwolnienie (remissio). W 10-ym dniu raptownie ciepłota podnosi się, objawy oponowe występują po-

nownie, płyn mózg.-rdzeniowy nabiera cech zapalnych, w płynie wykryto ponownie meningokoki. Nawrót trwa 10 dni, poczem ciepłota spada, objawy oponowe ustępują, dziecko zostaje wypisane w stanie dobrym. W innych 2-ch przypadkach nawroty były obserwowane — w jednym po 8-miu dniach, w drugim po 10-ciu dniach rzekomej poprawy. Przypadki te również zakończyły się wyleczeniem. Powyższe przypadki nasze z nawrotami, przekonały nas, że dopiero po 2-ch tygodniach stanu bezgorączkowego i ustąpieniu objawów oponowych, możemy przypuszczać, że nawrót nie nastąpi.

Czas trwania ciepłoty w ropnych zapaleniach opon mózgowych pochodzenia niemeningokokowego przeważnie jest krótki od 3-ch dni do jednego tygodnia, w przypadkach pierwotnych o ciężkim i gwałtownym przebiegu klinicznym. Obserwowaliśmy 3 przypadki dłużej trwające, najdłużej do 20 dni.

Objawy oponowe. Z objawów oponowych najbardziej miarodajnym jest sztywność karku, która występuje w mniejszym lub większym stopniu w każdym przypadku drętwicy karku bez wyjątku. Objawy Brudzińskiego i Kerniga notowane były u dzieci starszych w każdym przypadku. Podkreślić pragniemy natomiast pewną trudność w ocenie objawu karkowego u niemowląt: wobec zaznaczonego wyżej wybitnego niepokoju każde dotknięcie się do dziecka powoduje nader często samoistne przyciąganie dolnych kończyn do brzucha.

Niezawsze również można polegać na objawie, wysuwanym jako niemal rozstrzygający u niemowląt, mianowicie na napięciu ciemiączka; spotykaliśmy przypadki, nietylko w końcu choroby, gdzie mało napięte ciemiączko uzależniane jest w większości przypadków od rozstępu szwów, lecz i w początku cierpienia, w których ciemiączko było nietylko normalnie napięte, lecz wprost zapadnięte. Zjawisko takie w początku cierpienia tłomaczymy utratą wody w ustroju, ponieważ w pierwszych dniach choroby niemowlęta mają często stolce płynne, wymiotują oraz w związku z upośledzonem łaknieniem spożywają znacznie mniej pokarmów i płynów. Drgawki w początku choroby u niemowląt obserwowane były w 6-ciu przypadkach, nie zaliczamy ich do objawów, wskazujących na niepomyślne rokowanie, ponieważ 4 przypadki zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem, natomiast często powtarzające się drgawki w dalszym przebiegu choroby uważamy za zły objaw, bowiem wszystkie 5 przypadków, w których obserwowaliśmy to zjawisko, zakończyły się śmiercią. Jeden z tych przypadków podajemy:

Zosia S. Nr. Karty 1302, w wieku 10 mies. zachorowała przed 3-ma dniami, T. 39,5, wymioty, ogólny niepokój, drgawki jednorazowe. W klinice stwierdzono ogólny stan ciężki, znaczna sztywność karku, ciemiączko miernie napięte. Nakłucie lędźwiowe daje płyn mętny, zawierający meningokoki. W 2-gim i 3-cim dniu pobytu występują ponowne kilkakrotne drgawki i w 4-tym dniu pobytu—zgon.

Co się tyczy wystąpienia objawów oponowych w zapaleniu ropnem opon mózg. rdzen. innego pochodzenia, to nie notowaliśmy tu wielkiej różnicy; okres początkowy wszystkich zapaleń opon mózg. ropnych ma dużo cech wspólnych, jednak cały zespół tych objawów występuje może bardziej burzliwie i szybciej, jak w drętwicy karku. Kliniczne różniczkowanie zapaleń opon mózg. pochodzenia niemeningokokowego, lecz występujących pierwotnie jest rzeczą trudną, dalszy przebieg nasuwa pewną różnicę, decyduje jednak nakłucie lędźwiowe.

Spostrzegane przez nas przypadki pozwalają nam twierdzić, że ropne, pierwotne zapalenie opon mózg. daje zwykle wczesne i dość znaczne napięcie ciemiączka. Zjawisko to podkreślają również Mogilnicki, Erlichówna, Condat i inn.

Opryszczka wargowa obserwowana była tylko w jednym przypadku. Wystąpiła ona w 5-tym dniu choroby i po 5-ciu dniach znikła.

Powikłania zapaleń opon. Powikłania w drętwicy karku nie są zbyt częste, co mieliśmy możność potwierdzić na naszym materjale: w jednym tylko przypadku obserwowaliśmy porażenie kończyny górnej prawej, które po tygodniu ustąpiło; w 2-ch przypadkach ślepotę jednostronną wskutek iridochorioiditis, wreszcie jeden przypadek zakończył się wodogłowiem.

Z meningokokowych zapaleń opon mózg. rdzeniowych, jakie spostrzegaliśmy, 2 przypadki należy zaliczyć do posocznicy meningokokowej, krótki przebieg tych przypadków przytaczamy:

Jerzy M. Nr. Karty 821, w wieku 8-miu lat, zachorował nagle. Wysoka temperatura, wymioty, utrata przytomności. Już po kilku godzinach na całem ciele wystąpiły wybroczyny różnej wielkości. W drugim dniu choroby przyjęty do kliniki, gdzie stwierdzono wybitne objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętny, zawierający meningokoki. Surowica, zastrzyknięta w ilości 80 cc. jednorazowo (30 cc. do kanału, 20 dożylnie i 30 domięśniowo) nie wywołała żadnego wpływu. Dziecko zmarło w 2-gim dniu choroby. Przebieg cierpienia, a zwłaszcza obecność wybroczyn, przemawiały zatem, że mieliśmy tu ogólne zakażenie meningokokami.

R. H. Nr. Karty 782 w wieku 3-ch lat, u której choroba rozpoczęła się wysoką temperaturą i bólami w prawej kończynie dolnej przeważnie przy ruchach w stawie biodrowym. Chorą ulokowano w klinice chirurgicznej, gdyż przypusz-

czano *osteomyelitis*. Zdjęcie jednak Rentgenowskie nie wykazało żadnych zmian w kości. Chorą przeniesiono do kliniki dziecięcej, gdzie stwierdzono nieznaczną sztywność karku, wobec czego dokonano nakłucia lędźwiowego, które dało płyn mętny, zawierający meningokoki. Zastosowana surowica wyniku nie dała i chora zmarła na drugi dzień pobytu.

O powikłaniach w ropnych zapaleniach opon mózgowych nie mówimy, ponieważ wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią.

Zmiany w płynie mózg. rdzeniowym. Przechodząc do omówienia zachowania się płynu mózg. rdzeniowego, stwierdzamy, że w drętwicy karku płyn wyciekał w większości przypadków pod znacznem ciśnieniem, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym manometr nie dał zupełnie wahań. Ciśnienie w innych wahało się pomiędzy 50—80 (według manometru Boullite'a). Charakter płynu w 4-ch przypadkach był tak wybitnie ropny, że niepodobna było określić liczbowo pleocytozę. W innych przypadkach płyn był o wyglądzie mętnym, pleocytoza w 1 mm^3 w kamerze F-R. wahała się od 165 do 9200 Wzór ciałek białych w płynie mózg. rdzeniowym zawsze wykazywał przewagę wielojądrzastych. W każdym przypadku, niekiedy zresztą po długiem szukaniu, udawało się wykazać meningokoki, których liczba była różna w poszczególnych przypadkach. W pojedyńczych przypadkach stwierdzano ich dużo, w więszości zaś bardzo skąpo, Odczyny globulinowe we wszystkich przypadkach były dodatnie. W zapaleniu ropnem opon mózg. rdzeniowych pochodzenia nie meningokokowego charakter i cechy płynu są nieco odrębne. W przypadkach pierwotnych płyn bywa odrazu ropny, nieraz gęsty, trudny do wydobycia, w przypadkach zaś wtórnych — początkowo przezroczysty, jałowy z dodatniemi odczynami globulinowemi, z nieliczną pleocytozą, która wzrastała przy następnych nakłuciach; wówczas można było wykryć zarazki, których liczba nieraz wzrastała bardzo znacznie.

Poniżej omawiamy 2 przypadki oraz podajemy tablicę, ilustrując zachowanie się płynu mózgowo-rdzeniowego we wtórnych postaciach zapalenia opon mózg.-rdzen. pochodzenia niemeningokokowego.

Jerzy P. w wieku 4-ch mies. przyjęty w 2-gim dniu choroby, która rozpoczęła się nagle wysoką gorączką. W klinice stwierdzono objawy zapalenia płuc. Jednocześnie wystąpiły objawy oponowe; nakłucie lędźwiowe dało płyn niezapalny. W 11-tym dniu choroby wobec wyraźnych objawów oponowych dokonano ponownie nakłucia, które dało wyraźnie zapalny płyn; zachowanie się płynu podczas całego przebiegu choroby zaznaczone jest w tablicy Nr. I.

Tabl. I.

Data	Pleocytoza	Pandy	N. App.	Mgiełka	Osad	Posiew
21.XI	6	—	—	—	—	—
29.XI	9	++	+	+	—	—
30.XI	33	++	+	+	—	—
1.XII	57	++	+	+	—	—
2.XII	892	+++	++	+	ropa	pneumokoki

Czesław K. w wieku 1 rok i 2 tygodnie. Miesiąc temu był operowany z powodu *mastoiditis*. Tydzień temu gorączka do 39°. Wczoraj drgawki. Przyjęty 13 XII. Objawy oponowe. Nakłucie daje płyn zapalny, który zmienia się według tablicy II.

Tabl. II.

Data	Pleocytoza	Pandy	N. App.	Mgiełka	Osad	Posiew
13.XII	27	+	—	—	—	—
14.XII	58	++	+	+	—	—
15.XII	93	++	++	+	—	—
16.XII	2500	+++	++	+	ropa	—
17 XII	4608	++++	+++	+	w osadzie bezpośrednio i posiewie duża ilość pneumokoków.	

Obraz krwi. Przechodząc do zmian w obrazie krwi, możemy przytoczyć następujące dane: W każdym przypadku drętwicy karku stwierdzaliśmy leukocytozę, która wahała się od 14.000 do 32.600 ciałek białych w 1 mm³ krwi. W miarę poprawy ogólnego stanu liczba leukocytów szybko wracała do normy. Wzór ciałek białych podług Schillinga we wszystkich przypadkach wykazywał przesunięcie obrazu obojętnochłonnego w lewo, w ciężkich przypadkach włącznie do myelocytów. Brak komórek kwasochłonnych stwierdzaliśmy tylko w przypadkach ciężkich, natomiast obecność ich zaznaczała się w przypadkach o przebiegu łagodniejszym. Liczba limfocytów zawsze znacznie spadała i ściśle zależała od ciężkości cierpienia. Tak np. w przypadku posocznicy meningokokowej liczba ich spadła do 8 %. We wszystkich przypadkach liczba limfocytów w miarę poprawy

zaczynała się zwiększać. Stopniowe lecz stałe zwiększanie się limfocytów przemawiało zawsze zatem, że organizm powraca do zdrowia. Poniżej podajemy parę wzorów Schillinga w przebiegu drętwicy karku:

Przypadek lekki (A. J. wiek 6 mies.) Nr. 2460

E.	B.	Myel.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	Leukocytoza
0,5	—	—	2	10	61	26	1,5	14.000
1,5	1	—	—	3,5	37	55	2	10.600
1,0	—	—	—	9,5	24	64,5	1	9.800

Przypadek lekki (G. K. wiek 3 lata) Nr. 2343

E.	B.	Myel.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	Leukocytoza
0,5	—	—	1,5	14,5	45	38	0,5	19.000
4	—	—	1	4,5	41,5	48	1	12.000

Przypadek lekki (R. S. wiek 4 mies.) Nr. 2350

Daty 18/XI	E.	B.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	Leukocytoza
21	3,5	0,5	7	1,5	43	43,5	1	43.000
25	1,5	0,5	8	1	44	41	4	20.000
29	—	—	1,5	1	47,5	48,5	1,5	30.400
2/XII	1	2,5	0,5	—	78,5	17	0,5	23.400
5	0,5	1	—	—	48	48,5	2	29.400
9	1,5	—	3,5	—	63	30,5	0,5	32.600
12	5,5	0,5	4,5	1	21,5	66,5	1,5	21.600
14	6,5	0,5	—	1,5	36	53,5	2	11.600

Przypadek ciężki. (J. M. wiek 8 lat) Nr. 821

E.	B.	Myel.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	Leukocytoza
—	—	3	4,5	46	38	8	0,5	—

W obrazie krwi zapaleń ropnych opon mózg.-rdzen. pochodzenia poza meningokokowego wielkich różnic nie notowaliśmy. Podkreślić jednak należy, ten fakt, że tu leukocytoza nie ma określonego typu, tak jak to widzimy w drętwicy karku, gdzie leukocytoza zawsze jest duża. Obserwowaliśmy nawet przypadki, gdzie mieliśmy do czynienia z leukopenją (1800, 4200); naogół przeciętna liczba nie przekraczała 20.000. Obraz Schillinga zachowuje się naogół podobnie, jak w drętwicy karku. Obecność komórek kwasochłonnych nie należała tu do objawu pomyślnego. Podajemy parę wzorów Schillinga w tych schorzeniach:

(J. P. wiek 4 mies.) Nr. 986

E.	B.	Myel.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	Leukocytoza
—	—	0,5	5,5	14	48	31	1	11.200
—	—	—	4	9,5	50	36,5	—	22.000
—	—	0,5	3	15,5	48	33	—	20.400
—	—	—	2	10,5	55	31,5	1	20.600
—	—	—	1	7,5	71,5	20	—	24.000
—	—	1,5	3	15	58	21	0.5	—
1	—	—	1	12,5	60,5	26	—	19.000
—	—	1	3	15,5	60,5	20	—	20.360
—	—	1	8,5	10.5	65	15	—	26.180

H. J. wiek 9 mies. Nr. 731

E.	B.	Myel.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	Leukocytoza
1,5	—	0,5	1,5	4	62	30,5	—	17,600
0,5	—	—	3	7	65	40	—	16.900
1,0	—	1,5	7	11	59	35	1	18,360

Leczenie ropnych zapaloń opon mózg.-rdzen. i choroba posurowicza. Co do leczenia drętwicy karku, możemy powiedzieć, że skuteczność leczenia zależna jest nietylko od wczesnego podawania surowicy, lecz od zjadliwości zarazka oraz odporności chorego.

W szeregu przypadków podawaliśmy surowicę do kanału w 2—4 dniu choroby w dostatecznej ilości, wyników jednak dodatnich nie osiągnęliśmy. Być może, że podawanie surowicy w tych przypadkach nie dało dobrych wyników dlatego, że stosowaliśmy przeważnie surowicę wieloważną lub też A i B w równych ilościach, nie określając w poszczególnych przypadkach szczepów meningokokowych.

Podawaliśmy surowicę prawie we wszystkich przypadkach codziennie. Przerywaliśmy stosowanie surowicy po ustąpieniu zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym. Niemowlętom wstrzykiwaliśmy jednorazowo 20 cm^3 surowicy, dzieciom starszym do 40 cm^3.

Nakłucie dokomorowe stosowaliśmy wyłącznie w tych przypadkach, gdzie nie udawało się wprowadzić surowicy do kanału z powodu „*punctio sicca*". Objawów nadwrażliwości w latach początkowych nie obserwowaliśmy. Pierwszy przypadek choroby posurowiczej wystąpił w 1927 r. Poczem od 1929 do 1931 roku notowaliśmy 10 przypadków. Wystąpienie choroby posurowiczej w ostatnich latach naraz w tylu przypadkach wiązaliśmy z właściwościami surowicy, sposoby bowiem podawania surowicy w tym czasie nie uległy zmianie.

Wobec ciężkości przebiegu choroby posurowiczej, jaką mieliśmy możność obserwować w naszym materjale, omówimy jej obraz kliniczny.

Co do częstości występowania choroby posurowiczej są różne dane; podają, że procent choroby posurowiczej znacznie się zwiększył po wojnie, przed wojną wynosił 10%, po wojnie dochodził do 50%. Jochman tłumaczy to spożywaniem dużej ilości koniny w czasie wojny. Według niektórych autorów odczyn miejscowy występuje prawie zawsze, zaś objawy ogólne zależne są od konstytucji danego osobnika, często rodzinnego usposobienia. Sposób wstrzykiwania niekiedy sprzyja powstaniu choroby posurowiczej, jak również ilość i jakość surowicy. Różne zwierzęta dają różnorodną toksyczność surowicy; końska surowica jest najmniej toksyczna. Świeża surowica jest bardziej toksyczna. Wiedeńscy autorzy przypuszczają, że po wstrzyknięciu powstaje spadek ciśnienia tętniczego i zjawisko to uważają za jedną z przyczyn powstawania wstrząsu. Co do występowania temperatury w chorobie posurowiczej, to zdania są podzielone: Pirquet i Schick uważają, że najczęstszym objawem jest gorączka,

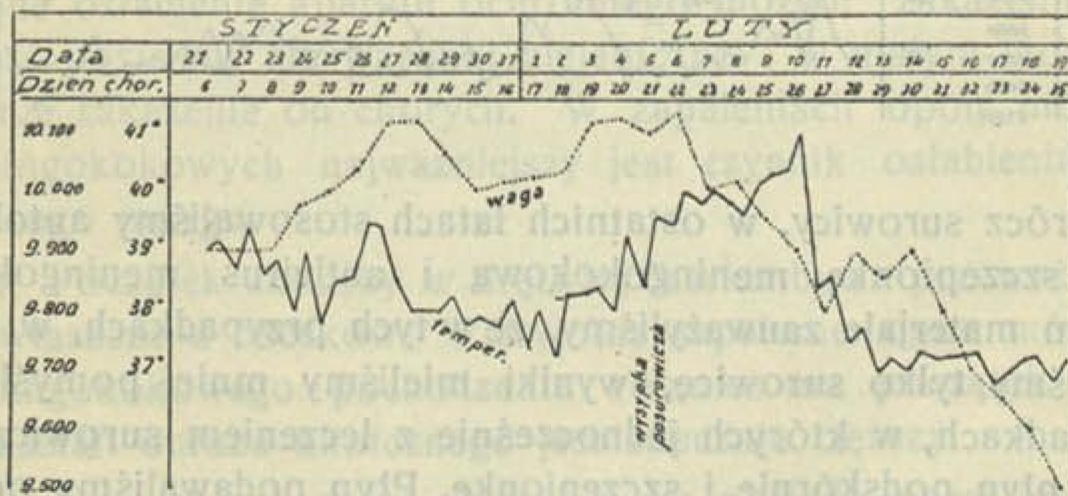
którą częściej można obserwować niż wysypkę, inni uważają, że podniesienie temperatury ciała nie jest częstym objawem choroby posurowiczej. Jedynym stałym objawem choroby posurowiczej jest leukopenja, która z chwilą ustąpienia wysypki powraca do normy. Wystąpienie objawów miejscowych w postaci zaczerwienienia i obrzęku w pierwszych dniach nie należy do rzadkości, lecz dopiero po 7—9 dniach występuje wysypka, która niezawsze rozpoczyna się w okolicy zastrzyknięcia i rozszerza się po całem ciele. Twarz, pierś, brzuch, kończyny są zajęte przeważnie. Wysypka występuje niejednoczesnie na całem tułowiu, bez uprzywilejowanych miejsc. Niektórzy autorowie uważają, że wysypka występuje symetrycznie na grzbietowych powierzchniach i w okolicy stawów. Ma tu miejsce różnopostaciowość wysypki, typ odrowy, płonicowaty, pokrzywkowy. Zauważono, że typ odrowy wysypki daje wyższą gorączkę. W chorobie posurowiczej spotykamy często bóle w stawach, niekiedy wysięki, obrzmienia gruczołów chłonnych. Białkomocz bywa rzadko. W przypadkach o bardzo wybitnym odczynie na surowicę, występują uporczywe wymioty, biegunki, objawy ze strony błony śluzowej w postaci plamistego lub punkcikowatego zaczerwienienia na podniebieniu miękkiem, zaczerwienienia migdałków, obrzęku jamy ustnej i krtani, które mogą prowadzić do wystąpienia bardzo męczących objawów duszności. Niekiedy występują zmiany oskrzelowe. W większości przypadków choroba posurowicza ustępuje, nie pozostawiając po sobie śladu, ciężkie postaci choroby posurowiczej rzadko są spotykane. Niektórzy autorzy w przebiegu choroby posurowiczej odróżniają dwie odmiany: pierwsza występuje w 7 dni, najpóźniej w 9 i trwa od jednego do 6-ciu dni, przy dalszych wstrzykiwaniach po 4—15 występuje postać druga. Pierwsza postać według tych autorów zależy od konstytucji danego osobnika, druga zależna jest od czasu trwania leczenia surowicą.

Przechodząc do naszych spostrzeżeń, musimy zaznaczyć, że obraz kliniczny w przypadkach obserwowanej przez nas choroby posurowiczej przebiegał nieco odmiennie. Nie notowaliśmy dwupostaciowości, we krwi we wszystkich przypadkach mieliśmy zamiast leukopenji — leukocytozę. Krew była pobierana przed i podczas wysypek. Obserwowałiśmy przypadki o ciężkim i lekkim przebiegu. W ciężkich przypadkach u osesków notowaliśmy wybitny spadek wagi, biegunki, wymioty, zupełny brak łaknienia. T^0 zachowywała się zmiennie, czasem była typu o dużych wahaniach, nieraz typu stałego; schorzeniu towarzyszyła hypotonja oraz ogólne osłabienie.

Poniżej podajemy dwa przypadki choroby posurowiczej:

№ karty 2487. Jerzy K. w wieku 1 roku, przybył do kliniki w 6-tym dniu choroby z objawami cechującemi zapalenie mózg.-rdzen. w stanie bardzo ciężkim. Płyn mózg.-rdzen. mętny z pleocytozą 9.000. W osadzie meningokoki. Leczono surowicą, płynem i szczepionką. Surowicy dziecko dostało ogółem 115 cm³. Po 11 dniach pobytu pleocytoza spadła do 16. Objawy oponowe ustąpiły, występuje natomiast choroba posurowicza, która na początku objawia się tylko gorączką i wysypką typu odrowego. Wysypka zjawia się w 4-tym dniu od początku wzniesienia t⁰, która po 8-miu dniach dochodzi do 41⁰, przyczem krytycznie spada do 38⁰, a po paru dniach spada do normy. Jednocześnie z podniesieniem temperatury dziecko traci na wadze w ciągu 17 dni 700 gr; brak łaknienia, wybitna hypotonja, ogólny stan bardzo ciężki. Stan ciężki utrzymuje się jeszcze w ciągu kilku dni po spadku ciepłoty. W 39-tym dniu pobytu wypisuje się do domu w stanie zadowalającym.

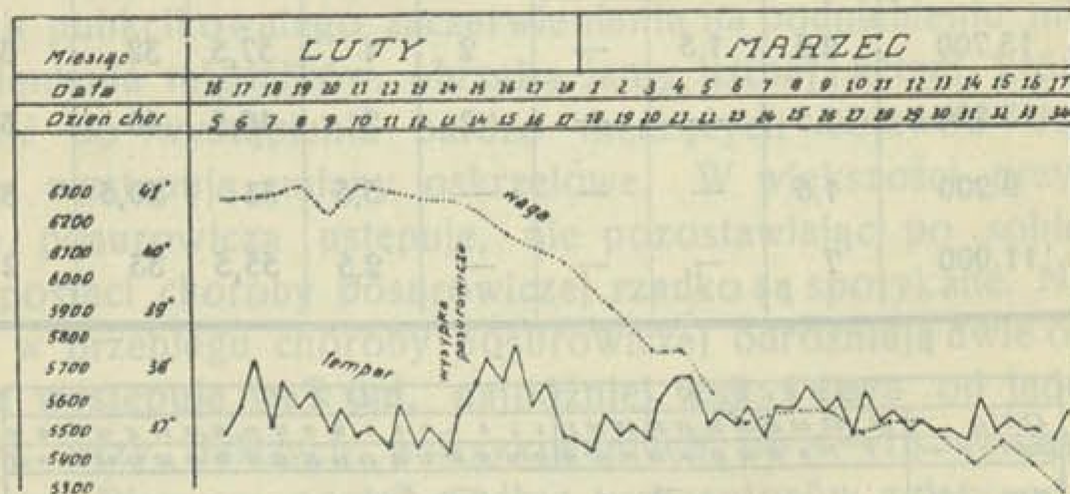
Data	Leukocytoza	E.	B.	Myel.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	T.
20.I	15.000	2	—	—	—	6	38,5	51,5	2	—
23.I	12.700	0,5	1,5	—	1	2,5	49,5	40,5	4	0,5
26.I	13.700	2,5	1,5	—	2	1	57,5	32	3	0,5
29.I	13.100	1,5	—	—	2	2	46,5	40	6	2
4.II	9 200	1,5	—	—	—	5,5	33	50,5	8	1,5
13.II	11.000	7	—	—	—	2,5	55,5	33	2	—



№ karty 2533. Regina M. w wieku 6 mies., przybyła w 5-tym dniu choroby z objawami zapalenia opon mózg.-rdzen. Stwierdzono ciężki stan dziecka, sztywność karku, wrażliwość uciskową, ciemiączko napięte. Nakłucie lędźwiowe daje płyn mętny, zapalny, z pleocytozą 6288, z przewagą wielojądrzastych, w płynie stwierdzono dwoinki meningokokowe. T⁰ przez cały czas niska, waha się pomię-

dzy 36.9⁰—37.6⁰, raz jeden 38⁰. Po zastosowaniu leczenia surowicą pleocytoza szybko spada i na 5-ty dzień pobytu wynosi 66. Dziecko dostało 70 cm^3 surowicy ogółem. W 10-tym dniu pobytu występuje choroba posurowicza. Wysypka typu pokrzywkowatego i płonicowatego. T⁰ podniosła się do 38.3⁰, robiono wówczas nakłucie, które dało płyn czysty, odczyn Pandy'ego (—). Ogólny stan dziecka bardzo pogarsza się; wybitny spadek wagi, uporczywe wymioty, stolce wolne. Wysypka posurowicza ustępuje i znowu wraca, co trwa w ciągu 21 dni. W 22-im dniu od wystąpienia choroby posurowiczej ogólny stan dziecka zaczyna się poprawiać. Waga podnosi się, wymioty ustępują, stolce dobre; ostatnie 5 dni przed wypisaniem stan ogólny coraz lepszy.

Data	E.	B.	Myel.	Mł.	Pał.	S.	L.	Mon.	Leukocytoza
17.II	—	—	—	0,5	1,5	38,5	57	2,5	10.200
26.II	—	0,5	—	0,5	1,5	61,5	34,5	1,5	13.700
8.III	0,5	—	—	1,5	2,5	50	44,5	1,0	11.400



Oprócz surowicy, w ostatnich latach stosowaliśmy autoliquoroterapję, szczepionkę meningokokową i antivirus meningokokowy. W naszym materjale zauważyliśmy, że w tych przypadkach, w których podawaliśmy tylko surowicę, wyniki mieliśmy mniej pomyślne, niż w przypadkach, w których jednocześnie z leczeniem surowicą stosowaliśmy płyn podskórnie i szczepionkę. Płyn podawaliśmy od pierwszego dnia podskórnie w ilościach od 2—5 cm^3. Szczepionkę nieco później, poczynając od 25 miljonów. Czy możemy te lepsze wyniki uzależnić wyłącznie od sposobu leczenia, trudno jest orzec stanowczo; należy jednak zwrócić na to uwagę i drogą dalszych doświadczeń zapewne można będzie dojść do wniosków bardziej konkretnych.

Śmiertelność. Ogólna śmiertelność w drętwicy karku wyniosła w naszym materjale 25%. Większej śmiertelności pośród chłopców, jak to podają niektórzy autorzy, stwierdzić nie mogliśmy: połowa zejść śmiertelnych naszego materjału przypada na chłopców, a połowa na dziewczynki. Śmiertelność jest daleko większa w wieku niemowlęcym: pośród niemowląt (23 przypadki) śmiertelność wynosi 34.9%. U dzieci starszych (29 przyp.)—14.8%.

W przypadkach zapalenia opon mózg.-rdzen. innego pochodzenia stosowaliśmy: w pneumokokowych — surowicę pneumokokową i płukanie kanału płynem fizjologicznym, w innych — tylko płukanie i leczenie ogólne, lecz bez rezultatu pomyślnego. W literaturze spotykamy zgodne zdania (Mogilnicki, Erlichówna, Blosset, Knöpfelmacher i inni) co do procentu śmiertelności w ropnem zapaleniu opon mózgowych niemeningokokowego pochodzenia, liczby te są u wszystkich autorów wysokie, jednak niezawsze zejście było bezwzględnie śmiertelne. Spotykamy opisy poszczególnych przypadków, które zakończyły się wyzdrowieniem, lecz publikacje te są tak rzadkie, że raczej można kwestjonować prawdziwość rozpoznania niemeningokokowego zapalenia opon mózgowych. W naszym materjale śmiertelność wynosiła 100%.

Wnioski. Reasumując powyższe spostrzeżenia kliniczne, dochodzimy do następujących wniosków:

1. Z pośród wielu czynników, sprzyjających powstawaniu choroby w zapaleniu nagminnem opon mózgowych, najważniejszym jest wrodzone osłabienie aparatu ochronnego mózgu; zakażeniu sprzyja obecność nosicieli, złe warunki higjeniczne i w małym stopniu bezpośrednie zakażenie od chorych. W zapaleniach opon mózgowych niemeningokokowych najważniejszy jest czynnik osłabienia aparatu ochronnego mózgu.

2. Początek choroby w drętwicy karku bywa przeważnie burzliwy, zwłaszcza u osesków. Pierwotne zapalenie opon mózg.-rdzen. niemeningokokowego pochodzenia również ma początek burzliwy, a całokształt obrazu klinicznego jest znacznie cięższy.

3. Gorączka w drętwicy karku nie posiada określonego typu, w okresie przedśmiertnym występuje zazwyczaj hypertermja. W przypadkach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych pochodzenia niemeningokokowego—w postaciach pierwotnych typ ciepłoty bywa stały, w postaciach wtórnych — nieokreślony. Hypertermji w okresie agonalnym nie obserwowano.

4. Czas trwania drętwicy karku bywa różny, często przedłużony; w zapaleniu opon mózg.-rdzen. pochodzenia niemeningokokowego choroba trwa przeważnie 3—8 dni.

5. Ciemiączko w drętwicy karku niezawsze bywa napięte, w przypadkach niemeningokokowego pochodzenia zdarza się częściej wczesne i szybkie uwypuklenie ciemiączka.

6. Płyn w drętwicy karku daje zwykle dużą pleocytozę, zarazki bywają nieraz skąpe, trudne do wykrycia; w zapaleniach innego pochodzenia postaci pierwotne dają płyn wybitnie ropny, zarazki w dużej liczbie. W postaciach wtórnych w początku płyn bywa zapalny, lecz przezroczysty i często jałowy, później ropny z obfitemi zarazkami.

7. Krew w drętwicy karku daje zawsze leukocytozę. W zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych innego pochodzenia leukocytoza bywa zmienna.

8. Objawy oponowe w obu postaciach zapalenia opon mózg.-rdzeniowych bywają wyraźne, najstalszy jest objaw sztywności karku. Objaw karkowy i Kerniga trudne są do oceny u niemowląt.

9. Leczenie drętwicy karku surowicą z jednoczesnem zastrzykiwaniem płynu mózgowo-rdzeniowego i późniejszem zastosowaniem szczepionek daje lepsze wyniki, niż wyłączne zastrzykiwanie surowicy.

Piśmiennictwo.

1) Zylberlast-Zandowa: Meningitis cerebrospinalis epidemica. Warszawa. 2) Jochmann: Lehrbuch der Infektionskrankheiten. Meningitis cerebrospinalis epidemica. Serumkrankheit. 3) Mogilnicki: Les difficultés du diagnostic et les résultats de la serotherapie spécifique de la meningite cerebrospinale chez nourrissons. Archives de Medécine des Enfants. T. XXVIII. 1925. 4) Mogilnicki: Sur la meningite purulente a bacilles de Pfeiffer chez les nourrissons. Revue Française de Pédiatrie. T. V. 1929. 5) Erlich Marthe: Contribution a l'étude de la meningite purulente. Revue Française de Pédiatrie. T. V. 1929. s. 103. 6) Lewkowicz K.: Le traitement specifique de la méningite épidémique. Archives de Medécine des Enfants. T. XXVII. 1924. 7) Stransky E. und Wittenberg: Beiträge zur Klinik der Pneumokokkenmeningitis im Säüglingsalter. Jahr. f. Kinderheik. B. 63. S. 245. 8) Frischmann N.: Diagnose der epidemischen Genickstarre bei Säüglingen. Wraczebnoje dieło. Nr. 9. S. 787. 1926. 9) Barański i Wiszniewski: Przyczynek do kliniki pneumokokowego zapalenia opon mózg.-rdzen. u dzieci. Pedjatrja Polska T. IX. Zesz. 5. S. 252. 1929. 10) Pirquet und Schick: Serumkrankheit. 11) Nitsch R.: Szczepionki i surowice. 12) Bezredka A.: Anafilaksja i antianafilaksja. 1928. 13) Leonow W.: K difierentialnoj diagnostikie pneumokokowo meningita u die-

tiej. Żurnał po Izuczenju Ranniago Dietskago Wozrasta. T. VIII. Nr. 4. S. 287.
14) Leonow W: K woprosu o wzaimnootnoszenji konstitucionalnych osobiennostiej dietskago organizma s epidiemiczeskim meningitom. Żurnał po Izuczenju Ranniago Dietskago Wozrasta. T.IX. Nr. 6 i 7. S. 395 i 493.

D-r E. GERLÉE.

Die eitrige Hirnhautentzündung bei Kindern.

Kinderklinik U. S. B. Wilno
Vorstand: prof. Dr. *Wac. Jasiński.*

In der Kinderklinik U. S. B. Wilno sind 52 Fälle von Meningitis cerebro-spinalis meningococcica und 18 Fälle von Meningitis purulenta anderer Herkunft (15 durch Pneumokokken, 2-durch Streptokokken und 1 durch Diplococcus crassus verursacht) beobachtet worden.

In 2 Fällen trat deutlich der Einfluss der hereditären Schwächung der „barrière haematoencephalique" hervor.

Die allgemeine Sterblichkeit bei der Genickstarre betraf 25%. Von 23 Säuglingen starben 34,9%, von 29 älteren Kindern 14,8%.

Die Sterblichkeit bei der Hirnhautentzündung anderer Herkunft betrug 100%.

Es sind schwere Verläufe der Serumkrankheit beobachtet worden, welche verschlechtend auf den allgemeinen Zustand eingewirkt hat ohne Verschlim merung der eigentlichen Hirnhautentzündung hervorzurufen. Bei Behandlung „Meningitis epidemica" haben serum in Verbindung mit Meningokokkenvaccine und Liquor Cer. Sp. (subcutan) die besten Rezultaten gegeben.



Z Miejskiego Szpitala Żydowskiego w Wilnie (Naczelny lekarz D-r *A. Wirszubski).*

O współczesnej wiedzy djetetycznej.

Podał D-r ALEKSANDER KAPŁAN, ordynator szpitala.

Omówienie problemu współczesnej djetetyki zaczynam od rozdziału o witaminach. Czynię to nie z tej racji, iżby miały one stanowić ostatnie słowo wiedzy djetetycznej — owszem posiadamy już w tej dziedzinie wiele pojęć nowszych—lecz dlatego, że właśnie odkrycie witamin spowodowało zasadniczą zmianę w całokształcie zbyt przedtem zmechanizowanych pojęć i poglądów w nauce odżywiania. Odkrycie witamin podniosło znaczenie produktów odżywczych z roli zwykłego paliwa, zużytkowanego w ustroju, do roli subtelnego i wszechstronnego czynnika biologicznego, regulującego zasadnicze procesy życiowe. Przypomnijmy tylko, że jeszcze w roku 1881 Voit, z którego nazwiskiem związane są pojęcia o kalorycznych wartościach produktów, marzył o takim sposobie odżywiania, żeby wszystkie nieodzowne składniki, jak białko, tłuszcze i węglowodany, dostarczane były ustrojowi w postaci chemicznie czystej. Zwierzęta jednak odmawiały przyjmowania takiej niesmacznej potrawy, wskutek czego ta naukowa mrzonka została zarzucona. Dopiero w r. 1912 Stepp, podówczas jeszcze młody uczony, dokonał eksperymentu, na podstawie którego doszedł do wniosku, torującego drogę do rozwoju nauki o witaminach. Pragnąc zbadać znaczenie lipoidów dla organizmu, podawał on zwierzętom pokarm, zupełnie pozbawiony lipoidów: w tym celu wszystkie produkty uprzednio poddawano działaniu alkoholu i eteru. Doświadczenia Steppa były w 2 lata później z większą dokładnością powtórzone przez Hopkins'a: rezultat był ten, że zwierzęta stopniowo marniały i wreszcie ginęły. Ponieważ pokarm zawierał kazeinę, tłuszcz i cukier mleczny w ilości dostatecznej, a tylko w pewien sposób zmienione chemicznie, Hopkins powziął myśl dodania do tego pokarmu 2 cm^3 niezmienionego mleka - ilości zdawałoby się znikomej, która nie mogła mieć żadnego znaczenia z punktu widzenia wyłącznie kalorycznej oceny; jednak efekt był zdumiewający: dogorywające zwierzęta wracały do życia i dalej już rozwijały się normalnie. Wtedy to po raz pierwszy powzięto myśl o istnieniu w odżywczych produktach substancyj, które w ilościach minimalnych mogą wywierać potężny biologiczny wpływ na ustrój zwierzęcy. Hopkins nadał im nazwę „dodatkowe czynniki odżywiania", a dopiero później słynny badacz Kazimierz Funk wprowadził termin „witaminy".

Pomijając rozpatrzenie dalszych niezmiernej wartości badań w tej dziedzinie, zaznaczę, iż obecnie już się nie mówi o witaminach, jako o pewnych zagadkowych, nawpół mitycznych substancjach; ich biologiczne działanie, dokładnie ustalone, ma przeważnie charakter katalityczny i skierowane jest przedewszystkiem na procesy przyswajania. Do uświadomienia sobie ich struktury chemicznej jesteśmy bliscy o tyle, że, np., nie wątpimy w pewne powinowactwo chemiczne pomiędzy witaminą a cholesteryną. Co więcej, w badaniach witamin przeszliśmy już od analizy do syntezy, a wyrazem jej jest sztuczna „antyrachityczna" witamina, otrzymywana przez działanie promieni ultrafioletowych na ergosterynę (Vitavit, Vigantol, Ostelin i t. p.). Gdybyśmy chcieli zbadać zasadnicze elementy tej lub innej metody djetetycznej, stanowiącej zdobycz djetetyki lat ostatnich, napotkalibyśmy udział witamin prawie w każdej z nich. Dość np. wskazać na to, że tak modna obecnie djeta przeciwgruźlicza Gerson'a, będąca przez długi okres czasu dorobkiem tylko autora i stosowana w ograniczonem gronie jego pacjentów, zasłynęła i uznana została naukowo właśnie w tym czasie, kiedy myśl lekarską wzbogacono nowemi pojęciami, jak witaminy, djeta bezsolna i t. d. Nie tak dawno Stepp, Jesionek i inni [1]) wskazali, że czynnikiem działającym w djecie Gerson'a są przedewszystkiem witaminy (owoce, warzywa, tran), w stopniu mniejszym — pozbawienie soli kuchennej, a prawie żadnego znaczenia nie ma stosowanie mineralogenu: przecież bez potężnego wpływu witamin na asymilację wapnia ani sztuczne wprowadzenie soli wapniowych, ani wykluczenie soli kuchennej nie miałoby znaczniejszego efektu leczniczego.

Drugi znamienny dorobek djetoterapji — leczenie wątróbką złośliwej niedokrwistości — pozwolę sobie omówić nieco szczegółowiej, gdyż ta djetetyczna metoda leczenia, która przy powierzchownem ujęciu może się wydawać opartą omal że nie na zwykłej empirji, posiada w istocie rzeczy nadzwyczaj ciekawe naukowe uzasadnienie, prowadzące naszą myśl znowuż w kierunku witamin. W poniższem opieram się na szeregu prac pedjatry prof. Arona [2]). Otóż, obserwując w ciągu dłuższego czasu pomyślne wyniki leczenia niektórych postaci niedokrwistości wieku dziecięcego zapomocą djety, w której część podawanego mleka zastąpiono pokarmami, zawierającemi witaminy, Aron doszedł do wniosku, że w etjologji niedokrwistości poważne znaczenie posiada czynnik djetetyczny; to też zaliczył on tę grupę chorobową do zaburzeń, spowodowanych wadliwem odżywianiem (t. zw. „Fehlnährschäden") Zwłaszcza zdumiewający

okazał się pomyślny wynik leczenia t. zw. „anemji Jaksch-Hayem'a": niebezpieczna ta choroba dzieci pod wpływem terapji djetetycznej stała się zupełnie uleczalna. Ponieważ zaś anemja Jaksch-Hayem'a posiada dużo cech, zbliżających ją do niedokrwistości złośliwej u dorosłych, Aron jest skłonny uważać te dwie jednostki chorobowe za schorzenia równoważne, podobnie jak choroba Barlowa u dzieci jest równoznaczna z gnilcem u dorosłych. Zanim jednak rozważania Arona doprowadziły do wysunięcia konkretnego wniosku w sprawie leczenia djetetycznego choroby Biermer'a, amerykanie Minot i Murphy ogłosili swój sposób leczenia jej zapomocą podawania wątróbki. I pomimo całej oryginalności tego sposobu leczenia, wnikliwa analiza mechanizmu jego działania wykrywa czynniki działające wysoce zbliżone do wspomnianych czynników djetetycznych w leczeniu niedokrwistości wieku dziecięcego o typie Jaksch-Hayem'a. I rzeczywiście przypominamy, iż najważniejsze źródło pochodzenia witaminy A — rybi tran—otrzymuje się z wątroby (wątłusza lub stokfisza), tu przechowują się jego zasoby, odnawiane przy spożywaniu drobnych rybek, których wątroba znowuż zawiera zapasy witaminy A, nagromadzonej przez spożywanie rośliny morskiej — planktonu. A przecież podobny proces nagromadzania witaminy A w wątrobie odbywa się i u człowieka, i stąd właśnie organizm czerpie każdorazowo potrzebne mu ilości tej witaminy. Badania Gralk'a i Reimold'a wykazały, iż wątroba dzieci, zmarłych przy objawach zmiękczenia rogówki (keratomalacia), pozbawiona jest zupełnie witaminy A. Stwierdzono ponadto, iż wątroba zdrowego człowieka zawiera witaminę B — i to w tak dużej ilości, że np. amerykanin Voytlin, prowadząc doświadczenia nad wyodrębnieniem witaminy B, posługiwał się wątróbką zamiast drożdży lub otrąb. Również i w witaminę C obfituje wątroba: Hirsch-Kaufmann, stosując sok z wątroby wołowej, roztartej z wodą, stwierdził, że posiada on działanie przeciwgnilcowe nie mniej silne, niż sok z cytryny. Są przytem dane do przypuszczenia, iż witamina C nie tylko przedostaje się do wątroby z pokarmami, lecz że wątroba sama witaminę C syntetyzuje. Możemy więc uznać wątrobę za miejsce składowe do nagromadzenia i przechowywania witamin, skąd — w miarę potrzeby — ustrój czerpie witaminy różnych postaci. Stąd wynika, że podając ją, jako pokarm, w odpowiedni sposób przyrządzony, dostarczamy organizmowi znaczne ilości witamin. Stąd też uwidocznia się podobieństwo między zasadą leczenia anemji Jaksch-Haym'a u dzieci a leczeniem niedokrwistości złośliwej u dorosłych. Analogię tę potwierdzają niedawno opublikowane

wyniki badań Mollow'a (1928), które stanowią potężny argument na korzyść przytoczonego przeze mnie poglądu na istotę choroby Biermer'a: Mollow stwierdził, że w pellagrze, która jest—jak wiadomo — typową awitaminozą, może się ujawnić szereg objawów, nadzwyczaj podobny do spostrzeganych w anemji złośliwej—bezsok żołądkowy, biegunki, język Hunter'a i zbliżony obraz krwi. I tutaj leczenie djetą wątrobową daje świetne wyniki. Obserwacje Mollow'a zostały potem potwierdzone przez Machwiladse'go (1929).

Samo jednak stosowanie djety, obfitującej w witaminy, bez podawania wątróbki, nie wystarcza, aby osiągnąć doskonałe wyniki w leczeniu choroby Biermer'a.

Chodzi o to, że niezbędne do tego ilości witamin są tak ogromne, że aby dostarczyć je w postaci zwykłych produktów odżywczych, musielibyśmy wprowadzić równocześnie nadmierne ilości wody, drzewnika i t. d., co jest nie do przyjęcia dla przewodu pokarmowego normalnego człowieka. I jedynie wątróbka, która jest, używając określenia Aron'a „koncentratem witaminowym", może wnieść do ustroju tę olbrzymią ilość witamin w stosunkowo niewielkiej objętości pokarmu. Aby zrozumieć jednak mechanizm działania djetoterapji wątrobowej, musimy jeszcze uświadomić sobie, dlaczego potrzebne są w tym wypadku tak niezwykle duże dawki witamin i dlaczego zapadają na choroby Jaksch-Hayem'a i Biermer'a osobniki, których odżywianiu bynajmniej nie można zarzucić braku witamin? A przecież i typowe awitaminozy obserwuje się nieraz u chorych, którzy się odżywiają zwyczajnym zawierającym witaminy pokarmem! Dochodzimy więc do wniosku, że w podobnych przypadkach ma się do czynienia z takim stanem organizmu, w którym zwyczajna dawka witamin nie wystarcza, a potrzebna jest dawka o wiele ją przewyższająca.

Jakież więc przyczyny powodują tak niezwykle wzmożone zapotrzebowanie organizmu na witaminy? Przyczyny te mogą być trojakiego rodzaju: 1) niedostateczne wchłanianie lub nadmierne niszczenie witamin w jelitach; 2) wzmożone zużycie witamin wskutek infekcji; 3) wzmożone zapotrzebowanie na witaminy w związku ze stanem gruczołów dokrewnych. O ile chodzi o niedokrwistość złośliwą, to w tym wypadku mamy prawdopodobnie do czynienia z zaburzeniem wchłaniania i rozpadu witamin w przewodzie pokarmowym: wiemy przecież, że powstanie choroby Biermer'a prawie zawsze poprzedza bezsok żołądkowy; wiemy również, że podając chorym preparaty śluzówki żołądka równocześnie z wątróbką, a na-

wet bez wątróbki, otrzymujemy świetne wyniki terapeutyczne. Jest wysoce prawdopodobnem, iż gruczoły błony śluzowej żołądka albo— być może — produkty czynności tych gruczołów przyczyniają się do uregulowania wchłaniania i rozpadu witamin i utrzymują w ten sposób równowagę witaminową w ustroju. Zaznaczę przy sposobności, iż stosuję oddawna w niedokrwistości złośliwej — i to z widoczną korzyścią dla chorych — preparaty trzustki, których działanie idzie prawdopodobnie w parze z wyżej wspomnianem działaniem preparatów śluzówki żołądka.

Zrozumiałą jest rzeczą, że przytoczona koncepcja nie wyjaśnia całkowicie mechanizmu działania djetoterapji wątrobowej, niemniej jednak zbliża ona nas niewątpliwie do zasadniczego zrozumienia tej niezmiernie skomplikowanej sprawy. Ostatnio nowe światło na tę sprawę rzuciły badania amerykanów Dakin'a, West'a i Howe'a[3]), którym udało się otrzymać z wątroby wyciąg o wysokiej koncentracji, zawierający substancje czynne w postaci aminokwasów—kwasu oksyglutaminowego i oksyproliny. Autorzy stwierdzili niezbicie, iż bez udziału tych dwuch aminokwasów organizm nie może zbudować cząsteczki hemoglobiny i, że w żadnem innem miejscu, oprócz wątroby, one nie powstają. Można się spodziewać, iż w przyszłości przykra strona djetoterapji wątrobowej w postaci podawania doustnego będzie zastąpiona injekcją małych dawek substancji czynnej. Czy ta ostatnia jest zbliżona do tej lub innej grupy witamin — narazie nie wiemy, gdyż nie posiadamy ścisłych danych co do struktury chemicznej witamin. Godną zaznaczenia jest koncepcja prof. Decastello [4]) w jego świeżo ogłoszonej pracy: opierając się na spostrzeżeniu, że pod wpływem djetoterapji wątrobowej ukazuje się we krwi w okresie poprawy duża ilość „retikulocytów", to znaczy młodych erytrocytów, autor wnioskuje, iż wątroba zawiera substancję, niezbędną do przekształcenia erytrocytów niedojrzałych w formy dojrzałe. Chorobę Biermera ma powodować brak owej substancji, należy więc tę chorobę traktować jako „chorobę niedoboru" (Mangelkrankheit) podobnie jak pellagrę lub beri-beri. Jak widać ten najnowszy pogląd na istotę niedokrwistości złośliwej zasadniczo nie odbiega daleko od wyżej przytoczonej koncepcji Arona.

Uwzględniając świeżo wykryty fakt równoznacznego działania błony śluzowej żołądka z działaniem wątróbki, przyczem działanie to odbywa się zapomocą jakichś bliżej jeszcze nie określonych produktów trawienia białka, Decastello sądzi, że wspomniana substancja czynna, uzdrawiająca chorych na niedokrwistość złośliwą, nietylko

znajduje się w postaci gotowej w wątrobie, lecz może się wytwarzać przez zadziałanie błony śluzowej żołądka na białko. A więc, jako jedna z możliwych przyczyn powstania choroby, może wchodzić w rachubę brak pewnych czynników, zawartych w śluzówce żołądka zdrowego osobnika. I w tym przypadku pozostaje choroba Biermer'a „chorobą niedoboru", lecz substancyj, o których niedobór tu chodzi, wszak nie możemy zaliczać do witamin w ścisłem znaczeniu tego słowa, lecz raczej do t. zw. we współczesnej fizjologji „substancyj narządowych" (Organstoffe). Badania ostatniej doby wykrywają coraz większą ilość tych substancyj, pochodzących z najrozmaitszych narządów, jak serce, śledziona, szpik kostny i t. d.; według swoich właściwości biologicznych zajmują one pośrednie miejsce między hormonami (np. t. zw. „hormony sercowe") a witaminami (np. wyciąg ze szpiku kostnego, posiadający podobnie jak i witamina A zdolność pobudzania rozrostu („Wachstumsstoffe"). To też wydaje mi się bardziej uzasadnione określenie leczenia niedokrwistości złośliwej, jako metody organoterapeutycznej, nie wykluczając i udziału witaminoterapji, przynajmniej o ile chodzi o djetę wątrobową.

Jak już wspomniałem, postęp wiedzy o witaminach coraz bardziej utrwala pojmowanie ich, jako regulatorów przemiany materji, a zwłaszcza — jako czynników procesów asymilacji. Stąd wynika nieodzowność ich udziału w każdej metodzie djetetycznej, mającej na celu dostarczanie ustrojowi tych lub innych składników odżywiania. Jako fakt, charakteryzujący ten stan rzeczy, przytoczę badania Hürthle'go [5]), które rozwiały dawne iluzje, jakoby można przekształcić skład mineralny ustroju zapomocą podawania sztucznej mieszanki soli mineralnych. Hürthle stwierdził, że sole opuszczają organizm, nie przyswajając się, gdy natomiast odżywianie surowemi pokarmami (t. zw. przez niemców „Rohkost"), kiedy duże ilości soli mineralnych wprowadza się w postaci naturalnych, niezmienionych produktów spożywczych, a więc — łącznie z witaminami i innemi składnikami biologicznemi, — takie odżywianie skutecznie prowadzi do „przestrojenia" mineralnego organizmu. Lecz nietylko upośledzoną zostaje asymilacja, brak witamin powoduje zaburzenie i podstawowych procesów dysymilacyjnych. Oto jak opisuje naruszenie dysymilacji w awitaminozie prof. Bickel [6]), słynny ze swych prac w tej dziedzinie: pies, będący przedmiotem doświadczenia, po wykluczeniu witamin z jego pożywienia, traci na wadze i w końcu wygląda, jak szkielet. Badanie jego narządu trawienia wykazało, że wchłanianie pokarmu odbywa się zupełnie normalnie, a więc do obiegu krwi przedostają

się zwykłe ilości składników odżywczych; faktyczne zaś zaburzenie występuje dopiero wewnątrz samej komórki.

Jakież są główne cechy tego zaburzenia? O upośledzeniu asymilacji już była mowa; co się zaś tyczy procesów dysymilacyjnych, to u badanego w tem doświadczeniu psa stwierdzono stałe obniżenie krzywej pochłaniania tlenu, to znaczy, że organizm zmuszony jest do ograniczenia procesów spalania wewnątrz-komórkowego, i to się odbywa przedewszystkiem kosztem węglowodanów: widać to z tego, że się ukazują we krwi i w moczu produkty niezupełnego spalania węglowodanów, np. cukier. Niezupełne spalanie węglowodanów powoduje w organiźmie niedobór kaloryjny, i organizm dąży do wytwarzania brakującej mu ilości kaloryj zapomocą wzmożonego rozpadu innych elementów—białka i tłuszczu; to też następuje tu wzmożony fermentacyjny rozkład białka i tłuszczu, ilość resztek azotowych w moczu znacznie się powiększa, a tłuszcz znika ze zwykłych miejsc swego nagromadzenia. Taki jest w awitaminozie przebieg zaburzenia przemiany wewnątrzkomórkowej, na skutek którego zdrowy przedtem pies staje się podobny do szkieletu.

Nic dziwnego, że wyniki badań doświadczalnych zmusiły nas do zrewidowania wszystkich metod djetetycznych, stosowanych w praktyce lekarskiej, w sensie utrzymania witamin. Dziś już nie możemy się godzić na pozbawienie chorego przez czas dłuższy tej lub innej grupy witamin. Np. do szematów djetetycznych, stosowanych w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy, współcześni autorzy już w dość wczesnym okresie dołączają soki z surowych owoców lub jarzyn; doskonale nadają się w tym przypadku banany.

Niemniej gruntownie została zrewidowana i djeta w przewlekłych nieżytach przewodu pokarmowego: tu zbyt długotrwałe odżywianie chorego przeważnie mącznemi pokarmami, do tego jeszcze przegotowanemi i przecedzonemi, może z czasem poważnie zagrozić ogólnemu stanowi chorego. W praktyce swojej już nieraz obserwowałem podobne przykre następstwa; w wielu przypadkach dzięki dodaniu pokarmów, zawierających witaminy, osiąga się poprostu zdumiewającą poprawę. Nie zapominajmy jednak o tem, iż narządy trawienia u tych chorych z czasem zostają odzwyczajone od usilnej czynności, i musimy je przyzwyczajać bardzo ostrożnie i stopniowo. Stany awitaminowe mogą być nietylko następstwem nieżytów dróg pokarmowych, lecz również i ich przyczyną. Zwrócił na to uwagę między innemi u nas Dr. Grundzach[7]) w pracy pod tytułem „Biegunki przewlekłe w świetle nauki o witaminach (colitis avitaminosa)". Czy

nie z tego też punktu widzenia należy pojmować pomyślne wyniki leczenia niektórych postaci biegunek miazgą z surowych jabłek? Oczywiście wchodzi tu w grę i raptowna zmiana środowiska odżywczego w jelitach, niepomyślna dla bakteryj gnilnych (Schreiber) [8]. W związku z zagadnieniem djety witaminowej znajduje się też sprawa praktyczna — mianowicie: odżywianie w tej porze roku, kiedy się wyczerpują zasoby witamin w pokarmie tak u ludzi, jak i zwierząt, to znaczy — wczesną wiosną. Wyżej już wspomniałem o roli wątroby, jako narządu, nietylko nagromadzającego i przechowującego witaminy, lecz zdolnego również do ich wytwarzania syntetycznego. Wiemy ponadto, iż zasoby witamin w wątrobie mogą się wyczerpywać, a brak promieniowania słonecznego w końcu zimy utrudnia ich syntezę. Otóż organizm nasz w początku wiosny ubożeje w witaminy, a naprawienie tego stanu przez spożywanie pokarmów witaminowych staje się utrudnionem z tej racji, że owoce i jarzyny, przechowywane od ubiegłego lata, już utraciły część zawartych w nich witamin, w produktach zaś pochodzenia zwierzęcego ilość witamin, jak wiadomo, zależy bezpośrednio od zawartości ich w pożywieniu zwierząt i sięga najwyższego punktu wtedy, kiedy odżywiają się one paszą, to zn. latem. Otóż wczesną wiosną znajduje się organizm człowieka w warunkach najmniej pomyślnych pod względem dowozu witamin. Jest więc rzeczą zrozumiałą, że właśnie o tej porze muszą powstawać — zależnie od usposobienia indywidualnego — rozmaite szczątkowe postaci stanów awitaminowych, które, niestety, dotychczas zostają niedość uwzględniane przy ocenie objawów klinicznych. Myślimy o awitaminozach wtedy, gdy mamy przed sobą wybitne ich postaci, jak ślepota kurza (hemeralopia), zeskórnienie rogówki (xerophtalmia) i t. p. Formy zaś nierozwinięte i nietypowe nie są dokładnie badane i pozostają najczęściej nierozpoznawane. Zresztą ostatnio spotykamy się w piśmiennictwie coraz częściej ze zdaniem, iż szereg stanów chorobowych, występujących wiosną, jak różne postaci anemji, niewyraźne bóle stawowe, wychudzenie i ogólne osłabienie są niczem innem, jak tylko wyrazem awitaminozy czy raczej hypowitaminozy.

Na zakończenie rozdziału o witaminach muszę przestrzec przed niebezpieczeństwem przedawkowywania preparatów, zawierających przeciwkrzywiczą witaminę D (Vigantol, Vilavit i t. p.). Niedawno przypomniał o tem jeden z twórców nauki o witaminach, prof. Stepp. A więc nawet we wczesnym wieku dziecięcym, kiedy procesy wzrostu powodują ze strony rosnącego organizmu wzmożone zapotrzebowanie witamin, nadmierne ich wprowadzanie jest niedopuszczalne.

Przechodząc do bardzo ważnego rozdziału djetoterapji—do tak zw. djety „kwaśnej“ i djety „zasadowej“, muszę zaznaczyć, że gdy dokładne laboratoryjne i doświadczalne badania w tej kwestji zostały dokonane dopiero w ciągu ostatnich lat dziesięciu, to już oddawna istniały różne metody odżywiania, jak djeta jagodowa, owocowa i inne, które należy właściwie uważać za empirycznie niejako przeczute przed znacznie później naukowo opracowaną djetą „zasadową“. Obecnie do składu djety „kwaśnej“ zaliczamy produkty spożywcze, które przy spalaniu dają popiół, składający się przeważnie z jonów kwaśnych, do składu djety „zasadowej“ — z jonów zasadowych. Z punktu widzenia praktycznego uwzględnia się zpośród jonów kwaśnych anjony chloru i fosforu, a z pośród zasadowych—katjony sodu, potasu, wapnia i magnezji. Trzeba się przytem zastrzec, iż niema zupełnej współmierności między podziałem produktów spożywczych na „kwaśne“ i „zasadowe“ a ich działaniem zakwaszającem i alkalizującem na soki i tkanki organizmu, podobnie jak niema również zupełnego podobieństwa między procesami, toczącemi się w laboratoryjnym tyglu a procesami, odbywającemi się wewnątrz żywego ustroju, gdzie na przebieg reakcyj wpływa mnóstwo zmiennych czynników biologicznych. Wystarczy więc dla celów praktycznych zgrubsza laboratoryjny podział pokarmów na „kwaśne“, do których zaliczamy: mięso, ryby, jaja, twaróg, tłuszcze, chleb, mąkę, kasze, rośliny strączkowe, orzechy, i zasadowe, jak: mleko, kartofle, jarzyny, warzywa zielone, pomidory, ogórki, większość owoców i jagód. Doskonałą analizę wpływu djety „kwaśnej“ i „zasadowej“ na fizjologiczne i patologiczne procesy w ustroju ludzkim podaje w swej wyczerpującej pracy prof. Kroetz [9]). Wniosek, do jakiego on dochodzi, wydaje się na pozór paradoksalnym: otóż okazuje się, iż—pomijając mocz—żadna z innych tkanek czy też płynów zdrowego ustroju nie wykazuje przytem wyraźnej zmiany swej reakcji, gdyż organizm zazdrośnie ochrania niezmienność reakcji swych tkanek, zwłaszcza—krwi. Przyczynia się do tego zespół niezmiernie czułych regulatorów, z pośród których na pierwsze miejsce wysuwają się nerki: regulują one reakcję krwi zapomocą wahań reakcji moczu, gdyż właśnie tą drogą eliminuje się nadmiar równoważników kwaśnych lub zasadowych (Hasselbach [10]). Lecz nim jeszcze ten nadmiar dosięgnie nerek, reakcja krwi, dokąd się ów nadmiar przedostał, zaczyna się wyrównywać dzięki regulującemu mechanizmowi płuc, które—zapomocą niesłychanie czułego ośrodka oddechowego—z błyskawiczną szybkością reagują na odchylenie oddziaływania krwi, nasilając lub obniżając

eliminowanie kwasu węglowego, a w ten sposób — i jego koncentrację we krwi. Toteż reakcja krwi właściwie stale utrzymuje się w granicach normalnych. W jakiż więc sposób przejawia się jednak działanie djety „kwaśnej" lub „zasadowej" w ustroju ludzkim? Otóż badania dowiodły, iż punktem zaczepnym tego działania jest coś zgoła innego — mianowicie, chodzi tu o *„przestrojenie" budowy mineralnej tkanek*. Najmniejszy przytem udział w tem „przestrojeniu" przypada krwi i osoczu, największy natomiast — tkankom skóry i kości, które zajmują miejsce czołowe w organizmie, jako zbiorniki soli mineralnych (t. zw. „Mineraldepot"): tu właśnie zmiany w podziale jonów mineralnych mogą się stać tak poważne, że proces ten niektórzy autorowie określili jako „transmineralisatio". Skóra przytem odgrywa rolę składu przeważnie dla chlorków i zasad mineralnych—potasu, sodu, w mniejszym stopniu — wapnia, kości zaś — dla wapnia i fosforu. Djety „kwaśna" i „zasadowa" uzyskały zastosowanie lecznicze w trzech kierunkach: po pierwsze, w przypadkach, w których ma się na celu zmianę oddziaływania moczu (co, jak widzieliśmy, z łatwością daje się osiągnąć), aby w ten sposób wywrzeć wpływ na florę chorobotwórczą miedniczki nerkowej. Nad tą odmianą djetoterapji nie będę się zastanawiał, posiada ona znaczenie dla urologów. Drugi zakres zastosowania stanowią przypadki chorobowego nastawienia przemiany materji w kierunku kwaśnym lub alkalicznym („azidotische und alkalotische Stoffwechselstörungen"). Wyżej była mowa o tem, iż w warunkach doświadczenia fizjologicznego nie daje się osiągnąć na czas dłuższy zmiana odczynu krwi zapomocą djety „kwaśnej" lub „zasadowej". Inaczej natomiast rzecz się ma w przypadkach patologicznych: tu mechanizm regulujący już uległ uszkodzeniu, a więc przesycenie krwi jonami kwaśnemi lub alkalicznemi nie napotyka należytego oporu z jego strony. To też wdzięcznem staje się zadanie skorygowania patologicznego odchylenia reakcji krwi w tym lub innym kierunku. Jako przykład takiego odchylenia można wskazać na stan kwasicy w diabetes mellitus, zwłaszcza w okresie przedśpiączkowym. W tym właśnie sensie należy prawdopodobnie pojmować wybitny wynik leczniczy stosowania odżywiania djetą surowcową (Rohkost) w cukrzycy (Schittenhelm)[11]. W tem miejscu chciałbym wspomnieć o zasadniczym zwrocie, jakiemu uległy ostatnio wytyczne postępowania djetetyczno-leczniczego w cukrzycy (Porges, Adlersberg)[12]; dawny lęk paniczny przed spożywaniem przez diabetyka węglowodanów i usilne żywienie go pokarmami tłuszczowemi i białkowemi ostatnio upada na korzyść nowej djety, zbliżonej

do normalnej, z równoczesnem ostrożnem stosowaniem insuliny Otóż z dotychczasowego doświadczenia wynika, że przy tej djecie nietylko nie pogarsza się u chorych na cukrzycę tolerancja węglowodanowa, lecz odwrotnie — poprawia, co daje możność z czasem obniżać dawkę insuliny. Szczególnie przekonywające wyniki otrzymano u dzieci (Stolte) [13]). Następnie stan acydozy towarzyszy chorobom serca oraz nadciśnieniu tętniczemu w okresie późnym: a więc i w tych przypadkach zrozumiałe jest pomyślne działanie djety mleczno-jarskiej, t. zn. zasadowej, już dawno zalecanej we Francji przez Huchard'a, i odżywiania djetą surowcową (Rohkost) w leczeniu hypertoników, zainicjowanego niedawno w Niemczech przez Volhard'a [14]). I odwrotnie, w zaburzeniach przemiany materji w kierunku alkalicznym, jak to ma miejsce w tężyczce, a po części i w padaczce, ostatnio stosuje się z dobrym wynikiem leczniczym djetę „kwaśną": słynną tu się stała t. zw. „Ketogene Diät" Petermann'a.

W trzeciej z rzędu grupie schorzeń, które musimy mieć na względzie przy omówieniu djety „kwaśnej" i „zasadowej", djety te występują nie zawsze w swej własnej postaci, lecz często są ukryte pod maską wszelakich „specjalnych" i „swoistych" metod. Bliższa jednak analiza mechanizmu działania tych metod wykazuje, iż zasadniczą częścią tego mechanizmu jest właśnie wspomniane „przestrojenie" budowy mineralnej ustroju. Przekonywującym tego dowodem jest djeta przeciwgruźlicza Gerson - Sauerbruch - Hermannsdorfer'a. Mimo całej chwiejności jej teoretycznego uzasadnienia, musimy dziś — na podstawie licznych badań klinicznych—uznać za niezbicie dowiedzione jej znakomite działanie lecznicze w gruźlicy skórnej, naogół dobre — w gruźlicy chirurgicznej, i dość niepewne w gruźlicy płucnej. Powstaje więc pytanie: dlaczego właśnie gruźlica skóry, stawów i kości stale ulega uzdrawiającemu działaniu djety przeciwgruźliczej, gdy natomiast gruźlica płuc zachowuje się względem tej djety zgoła odmiennie? Odpowiedź na to pytanie zawiera już przytoczona analiza sposobu działania djety „kwaśnej" i „zasadowej": wiemy już o tem, iż zasadniczą właściwością tego działania jest „przestrojenie" budowy mineralnej tkanek, a przedewszystkiem tych, które odgrywają rolę składów (depot) mineralnych i których budowa mineralna jest przeto najbardziej chwiejna: są to — skóra i układ kostny. Wykluczenie soli kuchennej mocno potęguje ten proces „przestrojenia", gdyż miejsce ustępujących jonów sodu energicznie zajmują jony wapnia; przyczynia się do tego i obfite wprowadzenie witamin; wiemy przecież, jak bardzo sprzyjają one procesom asymilacji, w szcze-

gólności zaś — przyswajaniu wapnia. Nie zapominajmy jednak o tem że nie tylko djeta, lecz i inne zabiegi lecznicze potrafią wywołać wspomniane „przestrojenie" mineralne: jest to dowiedzione np. w stosunku do promieni pozafiołkowych (lampa kwarcowa). A więc „wszystkie drogi prowadzą do Rzymu" i nie powinniśmy, stosując djetę przeciwgruźliczą, zaniedbywać innych wypróbowanych sposobów leczenia.

Z powyższego staje się również zrozumiałe działanie metody djetetycznej—odżywiania „surówką" (Rohkost), o której pobieżnie już wspomniałem. Dla pełniejszego zrozumienia jej warto przytoczyć ostatnio wykryte ciekawe fakty naukowe, świadczące o doniosłej roli soli mineralnych w ustroju. Rola ta jest podwójna: z jednej strony stanowią sole mineralne część składową substancji organicznej tkanek — np. wapń, który bierze udział w budowie tkanki kostnej. Z drugiej zaś — krążą sole mineralne w stanie rozcieńczonym we krwi i w sokach ustroju i tu jakby zmieniają swe oblicze: z materjału plastycznego, służącego do budowy tkanek, stają się one czynnikami, regulującemi ważne procesy życiowe, upodobniając się w ten sposób do takich czynników, jak witaminy, hormony, fermenty i t. d. Między innemi spełniają one tak życiowo niezbędne zadanie, jak utrzymanie substancji białkowej komórek w stanie koloidalnym, bez czego nie do pomyślenia byłoby samo życie komórki. Na tem właśnie polega najistotniejsze znaczenie odżywiania djetą surowcową, mianowicie—na dostarczaniu ustrojowi związków mineralnych w ich pierwotnym biologicznie czynnym stanie, co znowuż przyczynia się do aktywowania innych składników odżywiania—białka, tłuszczu i węglowodanów (Ascher) [5]). Mamy przed sobą prace amerykańskich badaczy Baudisch'a i Welo'a, które stwierdzają, iż niektóre substancje mogą się znajdować w dwóch odmiennych fizyko-chemicznych stanach: w stanie czynnym, kiedy dodane do środowiska odżywczego sprzyjają rozmnażaniu się bakteryj, i w stanie biernym, kiedy tej właściwości nie posiadają. Dalsze potwierdzenie powyższego widzimy w badaniach prof. Bickelja: zbadał on w pewnem środowisku działanie pobranej bezpośrednio ze zdroju szczawy mineralnej, która zawierała związek żelaza, i okazało się, że tu żelazo jest w stanie czynnym, jest to — używając terminologji biologicznej — żelazo „żywe", czerpiące w głębi ziemi swą siłę żywotną, która nie zdążyła jeszcze zaniknąć ani wskutek utleniającego działania powietrza, ani wskutek denaturującego wpływu ogrzewania i gotowania. Otóż przytoczone rozważania i spostrzeżenia należy uwzględnić przy ocenie metody odżywiania „surówką": poda-

jąc bowiem produkty w postaci surowców, dostarczamy ustrojowi nietylko związki mineralne, potrzebne do budowy jego tkanek, lecz równocześnie i potężny cement biologiczny, utrwalający tę budowę, i cały zespół regulatorów, utrzymujących harmonję i celowość w procesie budowy.

Dochodzimy więc do wniosku, iż obecny stan wiedzy djétetycznej stanowczo nas przekonywa o konieczności traktowania witamin i surowców, jako nieodzownych części składowych każdej metody djetetycznej, bądź to ułożonej dla normalnego odżywiania, bądź to przeznaczonej dla celów leczniczych. A jednak bezkrytyczne, oparte na sugestji mody i reklamy przecenianie znaczenia surowców, dążące do skonstruowania wyłącznie z nich jakiegoś wszechmocnego régime'u djetetycznego, musimy uznać za przesadę, pozbawioną uzasadnienia naukowego.

Piśmiennictwo.

1) W. Stepp. M. Kl. 1929 Nr. 49, s. 1915. 2) Hans Aron. M. Kl. 1928 Nr. 44. 3) Dakin, West and Howe. Proc. Soc. exper. Biol. a. Med. 1930 Nr. 28. 4) A. De Castello. M. Kl. 1931 Nr. 25. 5) Hürthle. Münch. med. Woch. 1929 Nr. 34. 6) A. Bickel. „Vitamine, Fermente u. Salze in Ernährung" („Nahrung u. Ernährung" Dr. Max Winckel. 1927, s. 78). 7) Grundzach. Polska Gazeta Lek. 1924 Nr.Nr. 18—19. 8) W. Schreiber. M. Kl. 1931 Nr. 40. 9) Christian Kroetz. Münch. med. Woch. 1929 Nr.Nr. 43—44. 10) Hasselbach. Biochem. Z. 46, 403—1912 u. 74, 18—1916. 11) A. Schittenhelm. M. Kl. 1928 Nr. 43. 12) Porges u. Adlersberg. M. Kl. 1929 Nr. 50, s. 1948. 13) K. Stolte. M. Kl. 1931 Nr. 23. 14) Volhard. Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 40, 414—1928. 15) Asher. M. Kl. Nr. 40, s. 1471.



Docteur ALEXANDRE KAPLAN.

La diététique actuelle.

Le développement de l'étude sur les vitamines a abouti à la participation des dernières dans l'effet mécanique de toute une série de nouvelles méthodes diététiques.

La soi disante diétothérapie de foie dans l'anémie pernicieuse est basée sur les faits de la concentration des grandes réserves de différents espèces de vitamines dans le foie (Aron).

Il existe tout un symptomatocomplexe imprécis, surtout à la periode printanière qui est dû certainement à une avitaminose partielle.

L'action essentielle des soi disante diètes „acide" et „alcaline" consiste dans un changement du groupement de la consistance miné-

rale des tissus et sur tout de ceux dans lesquels cette consistance est le moins constant—les os et la peau.

La jonction de l'action des vitamines avec le changement du groupement minéralogique des tissus explique l'effet thérapeutique de la soi disante diète „tuberculeuse" Gerson—Sauerbruch—Hermansdorfer.

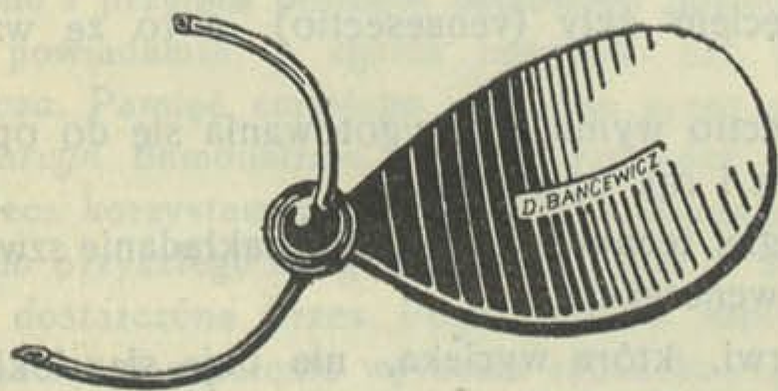
Par les mêmes moments s'explique l'action et le mécanisme de la soi disante „Rohkost" diète — la nutrition par des produits crus: içi on introduit dans l'organisme une certaine quantité de sels minéraux biologiquement actifs en même temps qu'une abondance de vitamines.

Z miejskiego Szp. żydowskiego w Wilnie.

Dr. A. WIRSZUBSKI.

Przyczynek do sposobów wykonywania upustu krwi *).

Pokazuję Szanownym Kolegom mało znany przyrząd do wykonywania upustu krwi; przyrząd ten, wyrobu szwajcarskiego, został przezemnie zmodyfikowany i przyjął się w codziennej praktyce tut. szpitala.



Zabieg upustu krwi, zwykle z żyły środkowej (v. mediana cubiti), stosuje się dość często i m. inn. w praktyce mej specjalności lekarza-neurologa, a to celem pobrania krwi do badania na odczyn Borde-Wassermana, jak również w celu zmniejszenia ciśnienia krwi np. w przypadkach udaru mózgowego. W powyższych celach stosujemy metody venaepunctio i venaesectio, do czego posługujemy

*) Wygłoszone na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy szpitalnych m. Wilna, dnia 1.XII. 31 r.

się skalpelem, strzykawką z igłą lub wprost igłą. W powszedniej praktyce lekarskiej utrwalił się zwyczaj wzywania chirurga dla dokonania nacięcia żyły (venaesectio), gdyż ten zabieg jest dość skomplikowany. Kilka tygodni temu w czasopiśmie „Medycyna" (1931 r., Nr. 18, str. 650) ukazała się wzmianka w sprawie techniki wykonywania upustu krwi, zapomocą przyrządu Potaina. Mianowicie Jeanmaire zaleca celem zabezpieczenia od powstawania w świetle igły skrzepów, hamujących upust krwi, złożony aparat, składający się z igły i rurki, doprowadzającej do flaszki Potaina, zawierającej rozczyn cytrynianu sodu. Ja natomiast w tym samym celu wprowadziłem w praktyce tut. Szpitala najprostszą i najwygodniejszą metodę, polegającą na stosowaniu krzywej igły dług. 7 cm., której rycina wyżej podana. Taką igłę stosuję tak w celach pobierania krwi z żyły na odczyn Wasermana, jak i w celach upustu krwi.

Przewaga tej metody jest następująca: 1) Sterylizacja rąk staje się zbyteczna, gdyż dzięki konstrukcji przyrządu ręka lekarza nie dotyka igły. 2) Strzykawka jest niepotrzebna, gdyż z krzywej igły krew wycieka strumieniem bezpośrednio do naczynia, a nadto, spływające krople krwi nie brudzą bielizny. 3) Gdy nabieramy krew zapomocą strzykawki i potem ze strzykawki przelewamy do naczynia, to taka skomplikowana technika przedstawia obawę zanieczyszczenia krwi, co nie jest obojętne w badaniach bakterjologicznych.

Rzecz jasna, że ta prosta metoda ma przewagę przy upuście krwi nad nacięciem żyły (venaesectio), a to ze względów następujących:

1) Venaesectio wymaga przygotowania się do operacji, jak sterylizacji skalpela i rąk operatora.

2) Po drugie, technikę komplikuje nakładanie szwów i opatrunku po wykonaniu wenesekcji.

3) Ilość krwi, która wycieka, nie daje się dokładnie obliczyć z tej racji, że krew się rozlewa, nadto rozlanie krwi brudzi bieliznę.

4) Infekcja i zatory są bardziej możliwe przy zabiegu sekcji żyły, niż przy naszej metodzie krzywej igły.

5) Technika wykonania zapomocą krzywej igły jest bardzo łatwa, przypominając po nabyciu dostatecznej wprawy technikę otwierania kranu wodociągu.

6) Krew sama wycieka strumieniem, co jest przewagą przy wysokiem napięciu (apoplexia).

Na zakończenie pokazuję technikę wykonania upustu krwi na chorych.

Uwaga. Na moje zlecenie igły te wyrabia firma Bancewicz (Wilno, ul. Dominikańska, 7).

Dr. WIRSZUBSKI (Wilno).

Une modification de la metode de la venopunction.

L'auteur propose un appareil en forme d'une aiguille courbêe (7 cm. de longueur), qu'il utilise dans son travail comme moyen pour la venesection et venepunction.

L'auteur trouve, que cette metode est la plus simple et la plus commode.

Protokóły posiedzeń Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

Posiedzenie naukowe z dnia 21 października 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 49 osób, w tem członków 18 oraz gości 31.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Prezes powiadamia o zgonie honorow. czł. Tow. Prof. Dr. *F. Krzyształowicza.* Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

III. Dr. *Zarcyn* demonstruje chorą: przypadek nie przedstawia nic wybitnego, lecz korzystam ze sposobności pokazania go, jako materjału surowego do przyszłego swego odczytu. Chora l. 20 panna, dotąd zdrowa, została dostarczona przez Pogotowie do szpitala 27/X r. b. z podejrzeniem na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Następnego dnia stwierdzono oprócz bólu w punkcie Mc. Burneya bardzo silny ból uciskowy i opukowy w okolicy lędźwiowej. Badanie moczu wykryło: 0,24% białka, krwinki czerwone i białe do 60 w polu widzenia. W 3-m dniu rozpoznano anginę bardzo silną. Po kilku dniach angina ustąpiła, objawy zapalenia miedniczek nerkowych znacznie się zmniejszyły, lecz pozostały bóle po stronie prawej w nast. punktach: 1) w przestrzeniach międzyżebrowych od 6—12, 2) w punkcie Mc. Burney'a, 3) we wszystkich miejscach rozgałęzienia n. *iliohypogastrici, ilioinguinalis i intercostalis.* Obecnie od tygodnia ciepłota normalna. Badanie krwi

zmian nie wykazało. A zatem mamy tu przypadek, w którym substancje toksyczne wywołały schorzenie nerwowe o tego rodzaju objawach, że przy niedokładnem badaniu można byłoby rozpoznać zapalenie wyrostka robaczkowego i dokonać zbędnej operacji. Zdaniem prof. *Carnette'a* błędy rozpoznawcze w zapaleniu wyrostka robaczkowego mogą być uniknione, jeśli się wyeliminuje czynniki toksyczne.

Dyskusja: Doc. *Wąsowski* zwraca uwagę na swoisty przebieg anginy na terenie Wilna, która ma często charakter choroby septycznej, i zapytuje, czy w danym przypadku, dokonane zostało badanie bakterjologiczne.

Prof. *Jakowicki* podaje, że powyższe objawy ze strony nerwów nie zawsze mogą być wytłumaczone działaniem toksycznem, oraz komunikuje przypadek z własnej praktyki.

Dr. *Zarcyn* udziela wyjaśnień.

3) Doc. Dr. *T. Wąsowski* wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ pernoctonu na odruchy błędnikowe". (Rzecz ukaże się w druku).

4) Dr. *A. Kapłan* wygłosił odczyt p. t. „O współczesnej wiedzy djetetycznej". (Druk. w zeszycie niniejszym str. 478).

Dyskusja została odłożona do następnego posiedzenia, na którem wygłoszona będzie część dalsza odczytu.

Sekretarz Dr. *A. Zalewski.*

Posiedzenie naukowe z dnia 28 października 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych członków 29 oraz 27 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Doc. Dr. *W. Zaleski*: Próby wszczepiania zapłodnionego jaja u króliczek. (Referat został wydrukowany w całości w Polskiej Gazecie Lekarskiej 1931 r. Nr. 49).

W dyskusji Prof. *S. Hiller* podkreśla ważność wykonanych przez prelegenta doświadczeń dla znajomości funkcji błony śluzowej macicy, zdolnej do przyjęcia jaja płodowego niezależnie od wpływu rozwijającego się w drogach rodnych w ciągu pierwszych dni zarodka.

III. Dr. *A. Kapłan*: Djetetyka a zagadnienie raka.

Dyskusja. Doc. Dr. *Safarewicz.* Kolega Kapłan w swym I-ym odczycie podał, o ile sobie przypominam, twierdzenie pedjatry Arona, że w wątrobie odbywa się nietylko magazynowanie, ale też i synteza witamin. Czyżby już zostało zachwiane twierdzenie, że jedynie rośliny są zdolne do tej syntezy i że organizm zwierzęcy otrzymuje witaminy w stanie gotowym?

Gdyby jednak tak nawet było, to inne twierdzenie kol. Kapłana, że t. zw. awitaminozy występują głównie na wiosnę, kiedy przechowywane produkty roślinne zawierają już mało witamin, pozostawałoby w pewnej sprzeczności z twierdzeniem pierwszem; wtedy bowiem ustrój powinien byłby w swej obronie wykorzystać tę swoją zdolność syntezy witamin.

Co się tyczy odczytu dzisiejszego, to zwróciłbym uwagę na pewną dowolność tłumaczenia zapomocą hipotezy interseksualizmu faktu powstawania nowotworów w ustroju dziecięcym, oraz na brak podstaw do uważania za czynnik, sprzyjający rozwojowi raka, zwiększonej zawartości związków potasu w pokarmach w stosunku do związków wapnia i, co idzie za tem, wzmożonej alkalozy ustroju, jak również do usuwania węglowodanów o dużej zawartości związków potasowych z djety.

Dr. *Szabad*: Nie bez przyczyny *Otto Strauss* twierdził, iż niektóre teorje o raku są wprost fantastyczne i należy je traktować z wielką oględnością. Dlatego prelegent, referując o nowych poglądach na etjologię raka (niektóre z nich mają cechy omal że spekulatywnej filozofji) powinien był bardziej krytycznie oświetlić je. Np., co do wpływu odżywiania na powstawanie raka poglądy autorów są w znacznej sprzeczności między sobą. Tak, wskazują na Włochów, których odżywianie składa się przeważnie z makaronów, z powodu czego rzadko chorują na raka. W sprzeczności z tem jest fakt, iż Japończycy spożywają dużo ryżu, to znaczy również pokarmu roślinnego, jednak chorują na raka nie mniej niż ludność, spożywająca wielką ilość mięsa.

Żałuję, iż kolega Kapłan nie wspomniał o moim referacie, wygłoszonym w naszem Towarzystwie, w którym dałem przegląd piśmiennictwa o raku i gruźlicy, podając własne statystyczne dane, stwierdzające, iż umieralność na gruźlicę naogół wciąż się zmniejsza, umieralność zaś na raka zwiększa się.

Prof. *Pelczar*: Nie słysząc I części wykładu chcę zauważyć, że teorja *Mortkowicza*, jeszcze niesprawdzona i wymagająca krytyki, zbiega się z teorją *Ruizneza* z Madrytu. Związek, jaki może zachodzić między interseksualnym rozwojem a powstawaniem nowotworu, nie jest wykluczony. Ciekawe byłyby w związku z tem spostrzeżenia nad rozwojem amitotycznym komórek rakowatych, podnoszone ostatnio przez *Szhürmana*, *Millera* i t. p. Zmiany w równowadze potasowo-wapniowej i ich związek ze wzrostem złośliwym, a także embrjonalnym, były podnoszone; w jaki jednak sposób przechylić tę równowagę na pożądaną stronę w przemianie komórkowej, nie mamy jeszcze wskazówek. To samo dotyczyć może zaburzeń w kierunku alkalozy lub acydozy.

Trzeba rozpatrywać tę sprawę z punktu widzenia wpływu gruczołów dokrewnych i napięcia układu współczulnego, jednak i w tym razie trudno mówić o stałem przestrojeniu ustroju. Poza tem i to należy brać pod uwagę, że trudno jest i nie znamy sposobu, któryby pozwalał wpływać w tym kierunku na komórkę nowotworową w ustroju. Witaminy odgrywają tu również rolę wybitną, lecz jeszcze bardziej nieokreśloną.

W odpowiedzi Dr. A. Kapłan zaznacza, iż przemówienia dyskusyjne, a zwłaszcza przemówienie Prof. Pelczara, jest raczej uzupełnieniem referatu. Zresztą mechanizm powstawania kwasicy i alkalozy w ustroju podał prelegent właśnie w temże pojmowaniu, jak i Prof. Pelczar. Co do zakwestjonowanej przez Doc. Safarewicza możności syntezowania witaminy C w wątrobie, Dr. A. Kapłan powołuje się na odnośną wzmiankę w pracy prof. Arona, uznając zresztą za możliwe, iż miał on na względzie właściwie fakt nagromadzenia witaminy C w wątrobie. Twierdzenie Dr. Szabada, iż należy bardzo krytycznie traktować wszelkie dane w badaniu raka, gdyż nie przekraczają one dotychczas granic teoryj i przypuszczeń, poniekąd jest słuszne; zresztą prelegent od początku do końca swego referatu podkreślał konieczność takiego właśnie krytycznego ujęcia sprawy. Niemniej jednak zdobyte przez prace naukowe dane nie powinny być ignorowane, gdyż stanowią punkt wyjścia dla dalszych badań i poszukiwań — w przeciwnym razie żaden postęp w tej dziedzinie nie dałby się osiągnąć. Powołanie się Dr. Szabada na fakt zachorowalności na raka wśród ludów południowych i wschodnich, nie mniejszej być może, niż wśród ludów północnych, uważa prelegent za nieprzekonywające, gdyż, o ile mówimy o wpływie cywilizacji i związanego z nią sposobu odżywiania, możemy porównać statystykę schorzeń w płaszczyźnie chronologicznej, nie zaś terenowej, w przeciwnym bowiem razie wchodziłyby w grę czynniki bytowe, klimatyczne i inne, nie dające się statystycznie obliczyć: przypomnijmy chociażby stwierdzony fakt nader częstego zachorowywania chińczyków na raka przełyku, jawnie zależnego od specjalnego rytuału spożywania ryżu w stanie bardzo gorącym.

Sekretarz *Dr. Mienicki.*

Posiedzenie naukowe z dnia 4.XI 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych członków 32 oraz 40 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokól ostatniego posiedzenia.

II. Prezes udziela głos p. Dr. *Hanusowiczowi*, Prezesowi Wil. T-wa Dermatologicznego, który odczytuje wspomnienie pośmiertne o ś. p. Prof. Krzyształowiczu.

Prof. Dr. *F. Malinowski* w krótkich słowach podnosi wybitne zasługi Zmarłego, jako uczonego, który właściwie pierwszy w Polsce stworzył szkołę dermatologiczną, poza tem pierwszy wprowadził swoją własną klasyfikację chorób skórnych. Pracując w klinice około 11 lat, prof. Malinowski miał możność poznać bliżej Zmarłego, jego kolosalną pracowitość i całkowite oddanie się nauce. W stosunkach z kolegami Prof. Krzyształowicz był niezmiernie uczynny i delikatny, czem zjednywał sobie zawsze ogólną sympatję.

III. Przewodniczący omawia konieczność nabycia epidjaskopu, oraz komunikuje, iż na ten cel zdołano zebrać powyżej 1000 zł. Epidjaskop został zakupiony, lecz pozostało do opłacenia około 665 zł., o sumę tę gorąco apeluje do zebranych i proponuje w tym celu opodatkować się dodatkowo po $1^1/_2$ zł. miesięcznie na przeciąg 6 miesięcy. Na posiedzeniu wśród obecnych członków zebrano około 130 zł. W końcu Przewodniczący dodaje, że o ileby pozostała jakakolwiek kwota, to uważałby za konieczne zużytkowanie jej na kupno szafki roentgenologicznej, której brak tak dotkliwie odczuwa się zawsze podczas demonstracji zdjęć roentgenowskich.

IV. Dr. *Malinowski*: Pokaz chorego z guzem mózgu.

Chory M. T. żołnierz służby czynnej urodz. w roku 1908, pochodzi z woj. Łódzkiego pow. Koło, pobrany do wojska 21.X 1929 r., obecnie skończył 2 letni okres służby wojskowej (KOP).

Przysłano go do Szpitala Wojskowego w dniu 4.VIII. 31. z powodu bólów i zawrotów głowy, które u niego wystąpiły nagle na początku lipca b. r. Najpierw wystąpiły szumy w uchu prawem, potem po tygodniu bóle i zawroty głowy, wreszcie nadzwyczaj silne bóle głowy z wymiotami, co spowodowało odesłanie go na obserwację do izby chorych pułku, gdzie przeleżał tydzień czasu, nie gorączkował; stamtąd został odesłany do szpitala.

W szpitalu po tygodniu u chorego wystąpiło obwodowe porażenie nerwu twarzowego prawego, z powodu którego zastosowano leczenie galwanizacją (katodą), która narazie nie dawała wcale efektu i przy której chory niejednokrotnie mdlał, co spowodowało na pewien czas przerwanie tego zabiegu. W tym czasie chory zaczął się skarżyć na coraz silniejsze zawroty i bóle głowy, wymioty; przy chodzeniu zauważono chwiejny chód, chodził jak pijany; szczególnie silne bóle były w okolicy potylicy ze strony prawej; ciepłota była normalna.

Podaje o sobie, że poprzednio ciężkich chorób nie miał, nie jest obarczony dziedzicznie, *lues negatur*, alkoholu nie używał.

Chory jest budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. W narządach wewnętrznych: w płucach — zgęszczenie prawego szczytu płuc, powiększenie gruczołów wnękowych; w sercu — na koniszku I ton nieczysty, nad tętnicą główną zaakcentowany, tętno 100; w moczu brak zmian patalogicznych. Ze strony układu nerwowego daje się stwierdzić przedewszystkiem objawy móżdżkowe po stronie prawej: niezborność móżdżkowa przy chodzeniu ze zbaczaniem w stronę prawą, wzmagającą się przy chodzeniu z zamkniętemi oczami, przy staniu z zamkniętemi oczami pada wtył i w prawo; próby palec—nos, pięta—kolano — dodatnie z kończyn prawych, przy trafianiu palcem, palec zbacza w prawo tylko w konczynie górnej prawej. Źrenice równe, kształtne dobrze oddziaływują na światło i zbieżność. *Visus* obustronnie — 1,0. Na dnie oka — tarcza zastoinowa obustronnie, granice tarczy zatarte, naczynia nurkują, rozszerzenie znaczne żył; pole widzenia na kolor biały w granicach norm., na kolor niebieski, czerwony, zielony nieco koncentrycznie zwężone.

Na twarzy wyraźna pareza nerwu twarzowego prawego (poprawa po leczeniu), występująca przy podnoszeniu brwi, zamykaniu oka, ruchach ust, wysuwaniu języka, lekki *lagophtalmus*, łzawienie; zniesienie czucia smaku na przednich $^2/_3$ języka po stronie prawej (*n. intermedius*).

Ze strony ucha zewnętrznego i błon bębenkowych brak zmian; słuch znaczniej nie upośledzony. *Weber* lateralizuje się w uchu lewem, *Rinne* obustronnie dodatni, *Schwabach* obustronnie skrócony; przy próbie cieplnej — przepłukanie ucha 100 cm^3 wody zimnej w uchu lewem wywołuje oczopląs po 30″, trwający 40″, w uchu prawem po 40″, trwający 4″, przy próbach obrotowych — przy kręceniu w stronę lewą występuje wyraźny oczopląs poziomy trwający 15″, przy kręceniu w stronę prawą oczopląsu brak; oczopląs samoistny występuje przy patrzeniu w prawo. Te dane wskazują, biorąc pod uwagę również szumy w uchu prawem, na upośledzenie czynności nerwu słuchowego w obu jego częściach — nerwie ślimakowym i przedsionkowym. Zmian ze strony innych nerwów czaszkowych brak; ostatnio wystąpiły nerwobóle w zakresie nerwu trójdzielnego prawego: bolesne są na ucisk wszystkie trzy gałązki nerwu trójdzielnego. Odruchy śluzówkowe zachowane, skórne również, ścięgnowe żywe, odruchów patologicznych brak, chociaż czasem daje się spostrzec jakby tendencja do objawu *Oppenhejma* na kończynie dolnej lewej; zaburzeń czucia brak. Rentgenogram czaszki nie wykazał zmian patologicznych; odczyn Wassermana we krwi i płynie

mózgowo-rdzeniowym ujemny; płyn wyciekał pod ciśnieniem; w płynie odczyn Nonne-Apelta ujemny, białko 0,03⁰/oo, limfocytów 3 (Rosenthal).

Obecnie skarży się chory na stałe bóle głowy, które jednak okresowo nasilają się, to samo dotyczy zawrotów głowy i szumów w uchu, które są o zmiennem natężeniu. Podaje, że głowę odczuwa „jak nieswoją", jakby był we środku jaki ciężar, „ołów".

Przechodząc obecnie do omówienia przypadku, stwierdzamy: charakter zawrotów głowy przemawia za umiejscowieniem sprawy chorobowej nazewnątrz móżdżku, za sprawą, która uciska na móżdżek lub jego odnogi; objawy ubytkowe ze strony nerwu twarzowego i słuchowego są charakteru obwodowego i łącznie ze zmianami ze strony móżdżku mogą świadczyć o umiejscowieniu sprawy na podstawie mózgu w miejscu zwanem kątem mostowo-móżdżkowym. Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego pozwala wykluczyć wszelkie sprawy zapalne oponowe oraz kiłę. Objawy zaś wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego (bóle głowy, wymioty, tarcza zastoinowa) wyraźnie świadczą za nowotworem mózgu.

Istotnie z literatury, dotyczącej guzów mózgowych, wiemy, że kąt mostowo-móżdżkowy jest częstym siedliskiem nowotworów, które wyrastają z korzonka nerwu słuchowego, rzadziej nerwu twarzowego; są to przeważnie włókniaki (neurofibromy), rzadziej glejaki, mogą być i mięsaki: z początku drażnią one nerw VIII, wywołując szumy (n. ślimakowy), zawroty głowy i oczopląs (n. przedsionkowy), potem występują zaburzenia słuchu pochodzenia centralnego i utrata odruchów ze strony błędnika, następnie występują parezy ze strony nerwu twarzowego i czasem nerwoból twarzowy, a wskutek ucisku na odnogi móżdżku objawy móżdżkowe, ucisku na podstawę mózgu — objawy piramidowe.

Nowotwory kąta mostowo-móżdżkowego rozwijają się powoli, najczęściej nie przerastają tkanki nerwowej, a są połączone tylko z korzonkiem nerwu, co pozwala nieraz wyłuszczyć je przy operacji i ocalić życie choremu. Niestety często zabieg operacyjny kończy się śmiercią z powodu bliskiego sąsiedztwa opuszki, czy to w czasie operacji (zapad), czy w okresie pooperacyjnym (wtórne krwotoki, obrzęki, zwiększenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego).

Dla ilustracji lokalizacji i charakteru nowotworów kąta mostowo-móżdżkowego, Dr. Malinowski wyświetlił (za pomocą epidiaskopu) kilka zdjęć z dzieła „Krause i Brugsch" str. 666, 667, 650 i z podręcznika prof. Dierżyńskiego str. 137.

Nawiązując do poprzednio demonstrowanego przypadku guza mózgowego (patrz protokół posiedzenia z dnia 7.X. 31). Dr. Malinowski

przeprowadza pewne analogje i różnice tych przypadków. W obecnym przypadku mamy typowe objawy guza mózgu o ograniczonych rozmiarach z objawami wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego; w poprzednim przypadku brak było ogólnych objawów mózgowych i guz był o charakterze rozlanym; w obu przypadkach mamy zaburzenia móżdżkowe i porażenia nerwów czaszkowych o charakterze obwodowym z lokalizacją na podstawie czaszki.

Dr. Malinowski korzysta z okazji, by odpowiedzieć kolegom na pytania, dotyczące poprzednio demonstrowanego chorego, co do którego dyskusja wówczas nie została zakończoną. Ów poprzedni chory został zbadany przez prof. Rose, który przy badaniu potwierdził w zupełności podany poprzednio stan faktyczny, uzupełniając go przez skonstatowanie szeregu nowych objawów, świadczących o dalszym postępie sprawy chorobowej; dało się stwierdzić u chorego: nerw słuchowy po stronie lewej jest upośledzony (osłabienie słuchu, przewodnictwa kostnego), opukiwanie czaszki wybitnie bolesne po stronie nasalnej; na klatce piersiowej zaburzenia czucia o charakterze rdzeniowym, dające pas anestezji ztyłu na przestrzeni od 2 do 7 kręgów piersiowych i pas hypestezji o 3 kręgi poniżej i 2 kręgi powyżej pasa anestezji. Przy omówieniu wyników badania prof. Rose uznał, że istotnie w tym przypadku mamy do czynienia z guzem mózgu na podstawie czaszki; wszakże swej koncepcji co do charakteru guza i stosunku jego do zmian w rdzeniu nie wysunął, uważając przypadek za bardzo skomplikowany i atypowy.

Dr. Malinowski dla potwierdzenia swej koncepcji — *sarcomatosis piae matris cerebro-spinalis*—powołuję się na opisy podobnych przypadków, zawartych w podręcznikach polskich, a mianowicie: 1) na podręcznik chorób nerwowych prof. Dzierżyńskiego cz. II wyd. r. 1927 gdzie na str. 79, 81 i 138 jest mowa o mięsakach na podstawie czaszki, które szerzą się wzdłuż opon podstawy mózgu, powodując ucisk nerwów czaszkowych i „nie powodując znaczniejszego wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, a więc prawie nie dając ogólnych objawów mózgowych“, 2) na podręcznik D-ra Orłowskiego „Choroby rdzenia kręgowego“ wyd. w r. 1922, gdzie na str. 260, 261, 263, 268 i 272 jest mowa o mięsakach opony miękkiej rdzenia, w szczególności postaci ich okrągłokomórkowej, które są skłonne do uogólnienia się, rosną w oponach wzdłuż rdzenia, są „zupełnie miękkie, przekrwione“, mają przebieg kliniczny szczególnie ostry, „lubią przebiegać bez bólów (korzeniowych) i rozszerzać się ku górze“.

Dyskusja: Prof. M. *Rose*: Jestem wdzięczny kol. Malinowskiemu, że

umożliwił mi zbadanie tego bardzo interesującego przypadku. Skoro przy naszem wspólnem badaniu okazało się, że chory od chwili wystąpienia objawów porażennych w mózgu cierpi na ból głowy, a czasami na nudności, że ból ten jest w lewej połowie czaszki, a przy opukiwaniu w dowolnych miejscach czaszki chory lokalizuje go stale w lewej okolicy potylicowej, że bystrość wzrokowa jest bardzo wybitnie upośledzona (5/24) a pole widzenia bardzo znacznie koncentrycznie zwężone, że granice tarcz wzrokowych są po stronie nosowej lekko zatarte, rozpoznanie procesu uciskowego w mózgu nie może ulegać żadnej wątpliwości. Obustronny niedowład języka, lekki niedowład lewego podniebienia miękkiego, nieznaczny niedowład mięśni ocznych i wybitny niedowład obu nerwów trójdzielnych o obwodowym charakterze zaburzeń czuciowych przemawiają, jak to słusznie wywodzi kol. Malinowski, za usadowieniem procesu chorobowego u podstawy czaszki. Ten sam proces powodować może oczywiście i zmiany rdzeniowe obecne w danym przypadku.

Dr. Wasilewski zapytuje, czy nie możnaby było zamiast lipiodolu zastosować encephalografię celem oznaczenia wielkości i umiejscowienia guza.

Prof. Szmurło zauważa, że aczkolwiek są pewne objawy guza mózgowego, to jednak istnieją wątpliwości, czy istotnie guz ten wychodzi z nerwu twarzowego.

Dr. *Malinowski* w dyskusji podkreśla, że w omawianym dziś przypadku guz w kącie mostowo-móżdżkowym prawdopodobnie wychodzi z pochewki nerwu słuchowego, za czem przemawia początek schorzenia (szumy), poprawa objawów ze strony nerwu twarzowego przy zastosowaniu leczenia, oraz głębsze zmiany w nerwie słuchowym (według badań przeprowadzonych w klinice uszno-gardlanej U.S.B. oraz próbie obrotowej w stronę prawną nie udało się wcale wywołać oczopląsu, podczas gdy przy kręceniu w stronę lewą wystąpił wyraźny oczopląs poziomy trwający 15"), tembardziej że statystyka wykazuje, że guzy okolicy kąta mostowo-móżdżkowego najczęściej wyrastają z korzonka nerwu słuchowego.

III. Prof. *Pelczar*: „Nowe poglądy na sprawę dusznicy bolesnej".

Dyskusja. Doc. *E. Czarnecki*. — Koncepcja swoistego hormonu sercowego Haberlandt'a oraz leczenia dusznicy bolesnej wyciągami mięśnia sercowego uległa dość znacznym modyfikacjom dzięki pracom późniejszych autorów.

Haberlandt w swych wstępnych doświadczeniach, robiąc wyciągi z przedsionków i komór serca żabiego w fizjologicznym rozczynie,

którego ilość była jednakowa dla przedsionków i komór niezależnie od ich masy, otrzymywał płyny, z których jedne (płyn wyciągowy z przedsionków) były czynne, drugie, zaś nieczynne (płyn wyciągowy z komór) względem serca izolowanego żaby.

Wyciąg z przedsionków serca żabiego działał na izolowane serce w ten sposób że przyśpieszał bicie serca, powiększał amplitudę jego skurczów, pobudzał do pracy serce znużone, albo nawet takie, które przestało się już kurczyć, wreszcie powodował powrót do rytmicznych skurczów serca, które się kurczyło bezładnie; wyciąg z komór w doświadczeniach H. tego efektu na serce izolowane nie wykazywał.

Pokazało się atoli z prac innych autorów, że o ile się uniknie błędu, jaki popełniał H., a mianowicie, o ile się weźmie płynu fizjologicznego w odpowiednich do masy mięśniowej ilościach, efekt, otrzymywany pod wpływem działania wyciągów z przedsionków, dadzą również i komory, a nawet mięśnie szkieletowe, a dalej jeszcze pewne odpowiednie rozcieńczenia albumoz, peptonów, kw. aminowych, białka jaja kurzego i t. d., jak to wykazały m. in. prace rosyjskiego badacza *Pawlenko*. Wyniki tego rodzaju obaliły pierwotną koncepcję H. o swoistości hormonu sercowego, powstającego tylko w przedsionkach serca, i zmusiły tego autora do zmiany swego poprzedniego stanowiska w tej sprawie.

Do błędnych wyników doprowadziły niemieckiego autora prawdopodobnie z jednej strony pewne niedokładności w technice laboratoryjnej, a z drugiej zaś przypuszczenie o powstawaniu w różnych narządach ściśle swoistych substancyj, pogląd, z którym coraz częściej spotykamy się zarówno w fizjologji, jak i patologji, gdzie naprz. przypuszcza się istnienie substancji hormonalnych w takich narządach, jak skóra, nerki, płuca. mózg i t. d.

Prof. *Pelczar* dziękuje Doc. *Czarneckiemu* za uzupełnienie swojemi uwagami referatu, którego autor nie mógł wyczerpać ze względu na brak czasu. Charakteryzując chemiczną budowę substancyj czynnych wyciągu z mięśni szkieletowych, z mięśnia sercowego lub też z innych organów, jak np. z trzustki, referent podnosi, że chodzi tu głównie o kwas adenylowy, adenozynę, względnie pokrewne nukleotydy, jak kwas guanylowy, guanozynę, dalej kwas tymonukleinowy, cytozynoheksosodwufosforowy i t. p. Ciała te nie są jednakowo silne w tem działaniu, chociaż wszystkie rozszerzają naczynia wieńcowe serca i obniżają przejściowo ciśnienie krwi nawet u zwierząt w narkozie. To obniżenie ciśnienia krwi ma jednak być związane z pewnem obniżeniem ciśnienia przy ujściu aorty, a związane z rozszerzeniem naczyń.

Poza tem oprócz wspomnianych nukleotydów ma w niektórych wyciągach odgrywać podobną rolę nienasycony kwas aminowy. Bliżej atoli o tem trudno coś orzec. Natomiast nie można przyjąć, jak to niektórzy twierdzą, że substancją czynną wyciągów jest cholina, lub jej ester octowy. Jest ona substancją wybitnie wagomimetyczną i jako taka, u chorych na dusznicę bolesną, sprowadzając chociażby chwilowe wzmożone napięcie nerwu błędnego, może przyczyniać się do skurczu naczyń wieńcowych, a więc do wywoływania napadu. Dowodzi tego i praktyka, stosowanie bowiem preparatu choliny tak zw. Acekoliny w tych sprawach nie dawało nigdy dobrych rezultatów. Potwierdzają to chociażby ostatnie spostrzeżenia *Feliksa* i *Tochowicza* z Krakowa.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz Dr. *Zalewski.*

Posiedzenie naukowe z dnia 18 listopada 1931 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 35 członków i 15 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Prof. *B. Wróblewski*: Nastawienie umysłowe prawnika.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.*

Posiedzenie naukowe z dnia 25 listopada 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 25 osób, w tem 15 członków oraz 10 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Korespondencja. Prezes odczytuje pismo Prof. *Lotha* w sprawie wzięcia udziału w Międzynarodowej Wystawie w Chicago w 1933 r.

III. Demonstracja. Dr. *L. Achmatowicz* demonstruje chorego z tętniakiem urazowym tętniczożylnym tętnicy udowej prawej w trójkącie Skarpy. Operacja wyzdrowienie.

W dniu 10.IX 1931 r. pogotowie ratunkowe dostarczyło na oddział chirurgiczny Szpit. Św. Jakóba chłopca 20 lat, który skaleczył nożem prawe udo.

Ze słów chorego wyjaśniło się, że odrazu po skaleczeniu się wystąpił bardzo silny krwotok (jak z fontanny), który został zatrzymany zapomocą przewiązania ręcznikiem uda powyżej rany. Chory w drodze do szpitala dwukrotnie zemdlał. Lekarz dyżurny chorego opatrzył, poczem zawezwał mnie.

Po przybyciu do szpitala stwierdziłem: chory blady, przytomny, tętno 100, t-ra normalna, na udzie prawym suchy opatrunek nie przemoknięty krwią. Po zdjęciu opatrunku stwierdza się, iż w dolnym odcinku trójkąta Scarpy, leży rana długości dwa cm., o brzegach równych, gładkich, drążąca w głąb, rana nie krwawi, światło rany jest wypełnione skrzepem krwi. W tętnicy grzbietowej stopy tętno nie wyczuwalne, kończyny jednostajnie ciepłe. Z braku nagłych wskazań dla interwencji chorego opatrzono i ułożono do łóżka.

Następnego i drugiego dnia po wypadku, chory na nic się nie skarżył, opatrunek suchy. Trzeciego dnia t-ra podnosi się do 39, chory zaczyna odczuwać rozsadzające bóle w udzie prawem. Chorego wzięto do sali opatrunkowej i stwierdzono: rozległy bez wyraźnych granic obrzęk na przednio-wewnętrznej powierzchni uda prawego. Wokoło rany widoczne gołem okiem tętnienie, skóra tej okolicy zaczerwieniona lśni. Przy obmacywaniu obrzęku stwierdza się obecność stałego szmeru bąka synchronicznie z tętnem nasilającego się, który wysłuchuje się na tętniaku tętnicy podkolanowej tejże strony, na aorcie sercu i tętnicy udowej strony przeciwnej—na tem ostatniem miejscu nieco słabiej. Tętno 100, kończyna ciepła. Chorego opatrzono ułożono do łóżka i zalecono spokój. W ciągu kilku dni t-ra opadła obrzęk zaczął się ograniczać i bóle stawały się mniej dokuczliwe.

W końcu 2-go tyg. rana się zagoiła. Obrzęk wokoło rany znacznie się zmniejszył i powziął kształt walcowaty, sięgający wielkości 2 pięści, kończyna przez cały czas ciepła, tętno w tętnicy grzbietowej stopy nie wyczuwalne. Przy ucisku na tętnicę udową poniżej wiązadła Pouparta ustaje tętnienie guza, a szmer bąka jak w tętniaku tak i na naczyniach dużych i sercu jest nie słyszalny. Rozpoczynając od końca drugiego tygodnia choremu zalecono uciskać na tętnicę udową pod Poupartem, a to w celu wywołania krążenia bocznego, oraz dla osiągnięcia szybszej organizacji krwiaka. Na początku uciskanie na tętnicę udową wywoływało u chorego bóle w kończynie, lecz po sześciu tygodniach treningu chory mógł przez 45 minut bez przerwy uciskać na tętnicę i bólów nie odczuwał. W tym okresie objaw Moszkowicza był dodatni.

Chory przez cały czas miał bóle w kończynie i skarżył się na zawroty głowy. Tętno wahało się w granicach od 110 do 120 objaw Dobrowolskiej był ujemny. Na sercu i większych naczyniach (aorta, tętnicy udowe) wciąż wysłuchiwał się szmer bąka.

W dniu 4.XI przystąpiłem do zabiegu operacyjnego — morfina — 2 cm. perkainy dolędźwiowo w 12-tej przestrzeni międzykręgowej.

Znieczulenie całkowicie wystąpiło po 4 minutach i trwało przez 2-wie godziny.

Ze względu na wysokie ułożenie tętniaka opaski Esmarcha nie nakładałem i operacje rozpocząłem od czasowego podwiązania tętnicy udowej pod Poupartem. Przy wydzielaniu tętnic od tyłu została uszkodzona żyła tejże nazwy, powstał silny krwotok, rozerwanie było tak duże, że żyłę podwiązano powyżej i poniżej miejsca uszkodzenia.

Żyła została uszkodzona poniżej miejsca wpadnięcia żyły głębokiej uda. Tętnica została podwiązana pasemkami gazy poniżej odejścia tętnicy głębokiej uda i tuż nad wejściem do kanału przywodziciell. Tętniak wyseparowano. Był on w licznych zrostach z mięśniem czworogłowym i krawieckim, a na przestrzeni 12 — 15 cm. był ścisle zrośnięty z tętnicą udową, od której również został wydzielony.

Po dojściu do tętnicy chciałem nałożyć podwiązkę nad zespoleniem które wytworzyło się między nią a tętniakiem, próba ta zawiodła, gdyż tkanka była zbyt krucha. W ścianie bocznej tętnicy udowej powstał otwór $1^{1}/_{2}$ cm. długi, prowadzący do światła tętnicy, przy sondowaniu którego sonda poszła ku środkowi na głębokość 4—5 cm. Okoliczność powyższa zmusiła mnie wyseparować tętnicę i żyłę. Po wyseparowaniu ich stwierdziłem, iż istnieje przetoka między tętnicą, a żyłą pierwszą parzystą, i między żyłą pierwszą parzystą, a drugą parzystą. Druga parzysta żyła (dośrodkowa) była w miejscu przetoki rozszerzona w postaci elipsy wielkości jabłka, ściany jej były znacznie scieńczałe. W ten sposób miałem do czynienia z przetoką pomiędzy dwoma parzystemi żyłami i tętnicą udowa. W trzech naczyniach było 5 ciętych ran.

Odcinek żyły parzystej dośrodkowej, uszkodzony, z rozszerzeniem i ścieńczeniem ściany został wycięty. Otwory w tętnicy i żyle parzystej udowej zostały zeszyte szwem naczyniowym.

Po nałożeniu szwów na naczynia udowe wymiar ich poprzeczny nieco się zmniejszył. Po zdjęciu podwiązek z tętnicy stwierdziłem, iż zeszyty odcinek tętni. Tętnienie w tętnicy udowej poniżej odcinka zeszytego jest zupełnie wyraźne, lecz nieco słabsze. Krążenie żylne zawdzięczając bocznicom dostateczne. Ranę operacyjną zeszyto w 2 piętra. Kończynę ułożono do szyny w pozycji poziomej. Nazajutrz stan chorego dobry, lecz skarży się na bóle głowy i brzucha. Tętno w tętnicy grzbietowej stopy słabe, lecz wyraźne.

Na 9-ty dzień zdjęto szwy; rychłozrost. W okresie po operacyjnym tętno przez cały czas wahało się w granicach 110 — 120 na 1 minutę. Szmer bąka na naczyniach i sercu znikł. Zawroty głowy

ustąpiły. Przy badaniu chorego w dniu 24.XI stwierdza się, iż kończyna operowana niczem się nie różni od kończyny strony przeciwległej. Przy badaniu tętna na obu kończynach tętnicy grzbietowej stopy i podkolanowej daje się wyczuć różnicę w kalibrze—kaliber tętnic po stronie operowanej jest nieco mniejszy, niż po stronie operowanej. Preparat przedstawia sobą worek o ścianach zbitych, o wymiarach 8 cm. $\times$ $3^1/_2$ cm., na wewnętrznej powierzchni którego wśrodku rowek, odpowiadający przebiegowi tętnicy udowej w środku którego leży otwór $1^1/_2$ cm. długi, prowadzący do jamy tętniaka.

Dyskusja. Prof. *Michejda* zaznacza, iż przy tego rodzaju tętniakach istnieją wszelkie warunki, by nie było krwawienia, gdyż krew swobodnie może przechodzić z tętnicy do żyły. Tem również można tłumaczyć dolegliwości, jakie wystąpiły w demonstrowanym przypadku, wynikają one bowiem z niedostatecznego ukrwienia kończyny.

Dr. *Achmatowicz* w odpowiedzi zaznacza, że jeszcze w roku 1927 p. Dobrowolska (Rosja) w Lyon Chirurgical, zwróciła uwagę na okoliczność, że tętniaki tętniczo-żylne często dają tylko subjektywne objawy szumu w uszach i palpitacji serca. Tętniaki tętniczo - żylne często są bardzo małych rozmiarów tak, że klinicznie trudno je stwierdzić. Badając takich chorych, zwróciła ona uwagę na następujący objaw: jeżeli ucisnąć na tętnicę powyżej tętniaka, to następuje szybkie zwolnienie tętna i spadek ciśnienia. U naszego chorego tego objawu nie stwierdzono; możliwe, że tłumaczy się to tem, że cierpiał on na serce oddawna.

IV. Dr. *L. Rostkowski* wygłosił referat: „Postępy w zwalczaniu jaglicy w województwie Wileńskiem" 1930 r.

W roku 1930 Wydział Zdrowia Urzędu Woj. w Wilnie uruchomił w porozumieniu i pod kierownictwem Dep. San. M. S. W. Kolumnę do walki z jaglicą, która miała za zadanie przeprowadzenie leczenia, rejestracji, propagandy oraz zorganizowanie na przyszłość zwalczania jaglicy przez miejscowe czynniki. Kolumna pracowała 13 mies. (232 dni pracy w terenie), zwiedziła 36 miejscowości, gdzie zostało przyjętych 11.980 osób w tem 4.005 jaglicy (33,7%), udzielono porad 24.224, dokonano operacyj 927, zabiegów 5.086. Najczęstszą operacją była operacja Hotz-Anagnastakis, referent przerobił przeszło 500 w kolumnie i w poprzedniej pracy; na podstawie tego stwierdza dodatnie jej wyniki, operacje były połączone przeważnie z przecięciem przestrzeni intermarginalnych i prawie zawsze z kantoplastyką. Przy łuszczce stosował referent 100 przeszło operacyj Deniga w modyfikacji Fasakasa. Referent podkreśla dodatni wpływ tej operacji, prawie we wszystkich

przypadkach. Z ogółu przyjętych chorych refer. przeprowadził ewidencję odnośnie do narodowości, wieku i płci u 10.112 osób, wśród których stwierdził 3.387 chorych na jaglicę. U żydów stwierdzono jaglicę w 16%, u chrześcijan 35% (dwukrotnie częściej). Zapalenie brzegów powiek u chrześcijan w 2,8%, u żydów 8,2%, czyli 3 krotnie częściej prawie. Rozpowszechnioną opinję o częstości zapadania żydów na jaglicę, a mylną tłumaczy referent błędnem rozpoznawaniem przez lekarzy niefachowców i społeczeństwo. Zapalenie brzegów powiek przyjmowąno za jaglicę. U kobiet jaglicę stwierdzono w 36%, u mężczyzn w 30%. Jaglica u kobiet daje powikłanie częściej (33%), u mężczyzn rzadziej (25%). Co do wieku, to do 20 lat jaglica daje 7% powikłań, od 20 do 40 roku życia 30%, ponad 40 lat 50%. W zapadalności na jaglicę wogóle odnośnie do wieku referent wielkich różnic nie znalazł. Rejestracja chorych na jaglicę była przeprowadzana przez kolumny podług specjalnego planu, zmierzającego do wprowadzenia dokładnej ewidencji imiennej chorych na jaglicę i w rezultacie ma prowadzić do opracowania mapy zajagliczenia terenu. Propaganda: wygłoszono 25 pogadanek dla szkół i stowarzyszeń (z przezroczami), kilkanaście zebrań dyskusyjnych dla inteligencji. Odbyto 34 konferencje (z demonstracją przezroczy) dla zgórą tysiąca nauczycieli.

W kolumnie pracowało 38 lekarzy po 7 dni każdy, jednocześnie pracował w kolumnie cały personel pomocniczy danego terenu; często odbywały się posiedzenia z wójtami, nauczycielstwem i sołtysami. Po ukończeniu pracy zarządzono, by lekarze utrzymywali w leczeniu wszystkich chorych na jaglicę i poszukiwali nowych. Kuratorjum zarządziło wygłaszanie pogadanek o jaglicy w każdej ze szkół, z następnem opowiedzeniem tej pogadanki rodzicom i następnem napisaniem wypracowania na ten temat przez dzieci w szkole. Referent sądzi, że o dotychczasowych wynikach pracy kolumny może już świadczyć frekwencja miejscowych przychodni. W 6 powiatach województwa zostało zarejestrowanych 889 chorych na jaglicę, w tychże powiatach po pracy kolumny 6.914 (8 × więcej). Duża część chorych została po wyjeździe kolumny zarejestrowana przez miejscowych lekarzy. W leczeniu przed pracą w kolumnie było 506 osób mies. — po pracy kolumny 3311 mies., czyli 6 × więcej. Lekarze po wyjeździe kolumny zarejestrowali w 310 szkołach z 23.000 dzieci zbadanych 1.108 dzieci chorych na jaglicę, co stanowi 5%.

Na potwierdzenie prawidłowości tej pracy refer. powołuje się na przeprowadzone badanie szkół przez lekarzy-okul. Czerw. Krzyża, oraz swoje badania, w których stwierdzono również około 5% chorych na jaglicę dzieci szkolnych.



Dyskusja. Dr. *Kiakszto* podkreślając ogromną i pożyteczną pracę, przeprowadzoną w sprawie zwalczania jaglicy na terenie woj. Wileńskiego zaznacza, iż referent w swym wykładzie nie wspomniał o roli Pol. Czerwonego Krzyża, który pierwszy zainicjował tę akcję.

W odpowiedzi D-wi *Kiakszto* referent kategorycznie odrzuca zarzut, dotyczący rzekomego pominięcia sprawy inicjatywy Czerwonego Krzyża w akcji przeciwjagliczej na Wileńszczyźnie, zaznaczając, że kwestję tę poruszał w swoich referatach, wygłoszonych w T-wie Lekarskiem i w Stowarzyszeniu Lekarzy p. t. „Zasady planu zwalczania jaglicy na Wileńszczyźnie i początki jego realizacji", oraz „Lotne Oddziały Okulistyczne Wil. Okręgu Pol. Czerwonego Krzyża". Oba wspomniane referaty zostały wydrukowane.

Ponowne poruszanie tej sprawy w referacie, obejmującym tylko postępy zwalczania jaglicy w r. 1930 było najzupełniej zbędne.

V. Dr. *M. Mienicki* wygłosił odczyt: „Badania nad krzepliwością krwi u chorych kiłowych z uwzględnieniem poziomu wapnia w surowicy oraz grup krwi".

Brak systematycznych badań nad krzepliwością krwi u chorych kiłowych skłonił prelegenta do zajęcia się tą sprawą. W badaniach swych autor uwzględnił poziom wapnia w surowicy, oraz przynależność grupową.

Badania obejmują 204 przypadki kiły (L. I—17, L. II—manif.—57, L. lat.—98, L. III—10, L. IV—22 w tem z p. p. 16 i 6 tab.).

W wyniku badań dało się ustalić, że:

1) Krzepliwość krwi u chorych kiłowych naogół ma skłonność do zahamowania,

2) skłonność ta stopniowo wzrasta od chwili pojawienia się pierwotnego owrzodzenia do III-go okresu włącznie.

3) z chwilą przejścia kiły w okres IV-to rzędnej (tabes, par. pr.) przeciętna krzepliwość zmienia swój charakter, ujawniając skłonność do przyśpieszenia,

4) poziom wapnia w surowicy krwi u chorych kiłowych z okresu I, II i III i w wiądzie rdzenia naogół jest zwiększona w stopniu bardzo nieznacznym,

5) w porażeniu postępującem obok przyśpieszenia przeciętnej krzepliwości poziom wapnia w surowicy daje wartości niższe, niż to mamy w okresach innych,

6) zawartość wapnia w surowicy krwi kiłowych nie zależy od przynależności grupowej danego osobnika,

7) osobnicy kiłowi z grupą krwi AB są skłonni do zapadnięcia w okres kiły nieobowiązujący, to jest kilakowy i IV-to rzędny.

Dyskusja. Dr. *Łukowski* zapytuje, czy referent zauważył indywidualne wahania w krzepliwości krwi oraz poziomu wapnia u chorych kiłowych, jak to niejednoktnie spotyka się u dzieci.

Dr. *Mienicki* stwierdza, że w pracy swej, która w całości ukaże się w druku, umieścił także w tablicach i wszystkie indywidualne badania; tablic tych ze względów technicznych nie przedstawia, ograniczając się jedynie do podania uzyskanych liczb przeciętnych i krzywych. P. prof. *Pelczarowi* po złożeniu podziękowania zaznacza, że sprawa lipoidów w kile była opracowywana przez szereg autorów, m. innemi z polskich przez *Grzybowskiego* — wprawdzie jako temat oddzielny. Syntetycznego opracowania poruszonego tematu w myśl uwag p. prof. *Pelczara* w związku z krzepliwością krwi w kile jeszcze nie mamy. Badania, przeprowadzone w mojej pracy, dotychczas prawie nie były opracowywane przez innych autorów — nie wyczerpują też one całkowicie poruszonego zagadnienia, a starają się wyświetlić tylko pewne czynniki.

Posiedzenie naukowe z dnia 2.XII—1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda.*

Obecnych 25 członków oraz 38 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Prof. Dr. K. Michejda przedstawia: 1) Chorego, który przed trzynastu laty uległ zranieniu postrzałowemu okolicy kolanowej, w następstwie czego wytworzył się tętniak tętniczo-żylny tętnicy podkolanowej. Jako objawy następcze tego stanu mamy żylakowatość podudzia ze zmianami wstecznemi na skórze podudzia i z nieznacznem tętnieniem żylnem w żyłach powierzchownych. Prelegent wyjaśnia mechanizm zaburzeń krążenia, rozwijających się w związku z tętniakiem tętniczo-żylnym.

2. Chorego u którego, z powodu rozległego naczyniaka okolicy czołowej (dwukrotnie poprzednio operowanego) dokonał wycięcia naczyniaka i pokrycia ubytku wielkości 15 centymetrów $\times$ 7 cm — sposobem Krauzego przez przeszczepienie wolnego płatu skórnego na ubytek pierwotny. Płat przygoił się doskonale. W chwili demonstracji minęło 31 dni od zabiegu operacyjnego. Wtórny ubytek na udzie pokryty został sposobem Tirsza.

3. 4 preparaty po resekcji żołądka z nich 3 po wrzodzie okrągłym, 1 po raku. W dnie jednego z przedstawionych owrzodzeń znajdowało się 7 pestek od wisien, z których jedną ściśle do dna

wrzodu przyklejoną prelegent demonstruje. W tym że przypadku obok wrzodu największego, znajdującego się wysoko na krzywiźnie małej, w oddźwierniku stwierdzono jeszcze dwa dodatkowe owrzodzenia.

Dyskusja: Dr. *Lerenman* zapytuje jakim sposobem dokonano resectio ventriculi. Dr. *Trzeciak* zaznacza, że na podstawie swoich obserwacyj uważa, że należy przyszywać płat dość gęstemi szwami, bo to zbliża i fiksuje takowy; następnie podkreśla, że wynik zależy prawie zawsze od sposobu następczego przeprowadzenia leczenia, sam widział, jak po kilku dniach już przygajające się płaty stopniowo martwiały; w końcu zapytuje jak przeprowadzał prelegent następcze leczenie i na czem polegał opatrunek.

Dr. *Zarcyn* uważa, że wynik operacji plastycznej w przypadku przedstawionym przez prof. *Michejdę* jest bardro udatny, gdyż mówca widział operowany przez samego Krauzego przypadek, w którym operacja nie dała spodziewanego wyniku.

Po dyskusji prof. *Michejda* udziela wyjaśnień co do metody operacyjnej.

III. Dr. *Trzeciak* demonstruje chorą z podejrzeniem na sarkomat stopy, oraz szereg rentgenogramów kostnych.

Dyskusja: Dr. *Achmatowicz* zapytuje, czy była badana krew u chorej z chorobą Recklinhauzena na ilość Ca. Sprawa ta jest ciekawa, gdyż w 42 ostatnio ogłoszonych operowanych przypadkach ilość Ca we krwi zawsze była zwiększona i u wszystkich tych chorych były usuwane gruczoły przytarczyczne z jednej strony. W tych przypadkach przytarczyczne gruczoły były powiększone. Usunięcie przytarczycy po jednej stronie zawsze miało dobry wynik.

W dyskusji zabierali głos dr. *Zarcyn* i prof. *Michejda*.

IV. Dr. *C. Zarcyn*: „Źródła omyłek rozpoznawczych w zapaleniu wyrostka robaczkowego".

Dyskusja: Prof. *St. Władyczko*. Gdy jest mowa o błędach w rozpoznaniu schorzeń wyrostka robaczkowego, należy też przypomnieć i o stwardnieniu rozsianem, jest bowiem pewna postać tego schorzenia t. zw. sclerosis multiplex dolorosa, która może być przyczyną błędu djagnostycznego. Są przypadki sclerosis multiplicis dolorosae, które przebiegają początkowo jako rwa kulszowa, inne jako rwa nerwu trójdzielnego, inne zaś pod postacią bólów głowy, klatki piersiowej lub jamy brzusznej pochodzenia korzonkowego. W ostatnim przypadku mogą dać powód do błędnego rozpoznania schorzenia wyrostka robaczkowego i do niepotrzebnego zabiegu chirurgicznego — apendektomji. Prof. Władyczko przypomina jeden przypadek, gdy u chorej

młodej kobiety z powodu napadowych bólów uporczywych w okolicy coecum, w przeciągu lat kilku dokonano kilku laparatomji i wycięto wszystko, co się dało usunąć: z początku appendix później ovarium i t. d. Po każdym zabiegu bóle na pewien czas ustępowały później wznawiały się w jeszcze uporczywszej postaci. Szczegółowe badania neurologiczne wykazały, że była to chora na sclerosis multiplex dolorosa.

W literaturze neurologicznej lat ostatnich coraz częściej spotykamy się z przypadkami, gdy cierpienie układu nerwowego było przyczyną tego rodzaju omyłek. Niedawno był podany przypadek encephalitis laethargica u dziecka, traktowany jako appendicitis, znowu inny przypadek dotyczy dorosłej osoby, operowanej na zapalenie wyrostka, u której w następstwie okazało się sclerosis multiplex (Goldflam). Dlatego też, gdy ma się do czynienia z osobą młodą, zwłaszcza w wieku lat 20—30, gdy są uporczywe bóle w okolicy coecum, należy poddać ją badaniu neurologicznemu, ażeby wykluczyć sclerosis multiplex; w ostatnim przypadku wskazanem jest nie zabieg chirurgiczny, lecz naświetlenie promieniami Roentgena.

Dr. *Szadowski*. Do omyłek może doprowadzić również nienormalne ulokowanie wyrostka robaczkowego, symulujące bardzo często schorzenie innego narządu jamy brzusznej przy toczącej się sprawie zapalnej w wyrostku robaczkowym. Mówca przytacza wypadek appendicitis, który symulował cholecystopatję, a gdzie podczas operacji stwierdzono empyema appendicis, którego koniec leżał tuż pod wątrobą.

Dr. *Rywkinda* dziwi bardzo, że panowie chirurdzy przy rozpoznaniu appendicitis nie interesują się stanem migdałków podniebiennych; stwierdzone jest, że sprawa zapalna migdałków może dawać przerzuty w najrozmaitszych organach, tem bardziej w wyrostku robaczkowym, bo on obfituje w tkankę adenoidalną. Móca jest on zdania, że gdyby istniał kontakt pomiędzy chirurgami a laryngologami w tej dziedzinie , statystyka operacyjnych przypadków appendicitis zmniejszyła by się, a jednocześnie i liczba mylnych rozpoznań (str. własne).

W dyskusji jeszcze zabierał głos prof. *Michejda*, poczem dr. *Zarcyn* w odpowiedzi dawał wyjaśnienia.

Sekretarz: Dr. *M. Mienicki*

Posiedzenie naukowe z dnia 9.XII 1931 r.

Przewodniczący Prof. Dr. *K. Michejda*.

Obecnych: 32 osoby, w tem 19 członków oraz 13 gości.

I. Odczytano i przyjęto protokół ostatniego posiedzenia.

II. Demonstracje chorych.

Prof. *K. Michejda* przedstawia: a) Chorego operowanego z powodu ropnia prawego płuca (po zapaleniu płuc).

b) Dwóch chorych, operowanych z powodu ograniczonych ropni opłucnowych, jako pozostałości po przebytem ropnem zapaleniu opłucnej (u jednego przed 6 laty, u drugiego przed 8 miesiącami). U obu chorych wykonano częściową torakoplastykę z dobrym wynikiem.

c) Chorego po operacyjnem jednoczasowem usunięciu całej prawej połowy jelita grubego z powodu raka poprzecznicy, usadowionego w prawej jej części, sięgającego do połowy poprzecznicy. Wynik operacji pomyślny.

d) Kamienie, usunięte w bardzo dużej ilości z przewodu żółciowego wspólnego. Kamienie te miały bardzo różną wielkość, największy miał wielkość węgierskiej śliwki; część zaś stanowiła bezpostaciową masę koloru brunatnego. Osobno zebrane były kamienie, pochodzące z usuniętego u tej samej chorej woreczka żółciowego wielkości grochu koloru perłowego. Chora pomimo powikłań pooperacyjnych (zapalenie płuc) wyzdrowiała.

III. Dr. *C. Szabad*: Niezdolność do pracy z powodu choroby śród ubezpieczonych w Kasie Chorych m. Wilna w r. 1929.

Autor opracował materjał statystyczny Wileńskiej Kasy Chorych za rok 1929 co do niezdolności do pracy ubezpieczonych, na podstawie kart zdrowia, i stwierdził:

1) Dane statystyczne Kas Chorych są wdzięcznym materjałem do badania chorobowości ludności wogóle i różnicy pod tym względem narodowościowej w szczególności.

2) Liczba kobiet ubezpieczonych w Kasie Chorych jest u Nieżydów nieco większa od połowy, bo wynosi 50,8%, a u Żydów o wiele mniejsza (38,1%).

3) Na 100 ubezpieczonych było 29,5 czasowo niezdolnych do pracy z powodu zachorowań: mężczyzn 35,1, kobiet 23,3: u Żydów więcej (35,1), niż u Nieżydów (28,3). Różnica pochodzi stąd, że u Żydów był znacznie większy odsetek chorych kobiet (34,3%), niż u Nieżydów (21,5%). Różnica zaś między chorymi mężczyznami była nieznaczna: 35,5 (Żydzi) i 35,0 (Nieżydzi).

4) Liczba zachorowań na 100 ubezpieczonych wynosiła 36,2, u mężczyzn większa (44,1), u kobiet mniejsza (27,8); u Żydów zaś większa (46,3), niż u Nieżydów (33,6). Przedewszystkiem zaznacza się

różnica między żydowskiemi kobietami (43,2) a nieżydowskiemi (24,9). Różnica u mężczyzn nieznaczna: 48,7 i 42,6.

5) Każdy ubezpieczony chorował (to zn. był czasowo niezdolny do pracy) przeciętnie 6,5 dni. Na Żyda-mężczyznę wypada mniej (7,3), niż na Nieżyda (8,0), na kobietę żydowską więcej (6,9), niż nieżydowską (5,3).

6) Na każdy przypadek choroby wypada 18,7 dni, u mężczyzn mniej (17,8), u kobiet więcej (20,1); u Żydów 15,4, u Nieżydów 19,9, a więc u Żydów o 4,4 dnia mniej; u Żydów-mężczyzn 15,1, u Nieżydów 18,8 (różnica o 3,7 dnia mniej), u kobiet żydowskich 15,9, nieżydowskich 20,8, a więc o 4,9 dnia mniej.

7) Wypadków chorób nieokreślonych było na 100 Żydów 14,7, Nieżydów 9,6, ale liczba dni chorób była prawie ta sama (151 i 150), bo Żydzi chorowali przeciętnie 10,3 dni, Nieżydów 15,7.

8) Wypadków nieszczęśliwych było przeciętnie u wszystkich ubezpieczonych 4,2%, ale u Żydów trwało leczenie przeciętnie 15,6 dni, u Nieżydów 18,0.

9) Na 100 ubezpieczonych Żydów było przypadków ostrych chorób zakaźnych 9,1 a przeciętna ilość dni 10,6 na 100 zaś Nieżydów 4,2 wypadki z przeciętną liczbą dni 11,3. Żydzi więc wykazują 2 razy większą ilość wypadków, lecz przeciętny czas trwania wypadku był u nich o 0,7 dnia krótszy.

10) Grypa zajmuje pierwsze miejsce, co do liczby wypadków chorób zakaźnych; u Żydów — mężczyzn 5,1%, kobiet 4,7%; u Nieżydów — mężczyzn 3,2%, kobiet 1,8%. Liczba dni chorób była u Żydów mniejsza; u mężczyzn 7,2 dni, u kobiet 8,5; u Nieżydów mężczyzn 7,8, kobiet 10,5.

11) Na anginę chorowało Żydów—mężczyzn 2,9%, kobiet 3,4%; Nieżydów mniej: mężczyzn 1,3%, kobiet 1,0%. Przeciętna liczba dni chorób była u Żydów znów mniejsza: u mężczyzn 6,9, u kobiet 7,9; Nieżydów — mężczyzn 7,8 dni, kobiet 8,0.

12) Na tyfus chorowało Żydów—mężcz. 0,15%, Nieżydów 0,23%. Kobiety żydowskie chorowały 5 razy więcej od nieżydowskich (0,29% i 0,17%). O ile czas trwania choroby u Żydów wynosił przeciętnie 35,6 dni u mężczyzn, a 43,4 u kobiet; u Nieżydów zaś więciej — 45 i 47 dni.

13) Wszystkie 3 rodzaje ostrych chorób zakaźnych trwały u kobiet dłużej, niż u mężczyzn.

14) Gruźlica zajmuje 1,4% wypadków: u Żydów 1,1%, u Nieżydów 1,5%. Liczba dni choroby była u Żydów krótsza (46,5 przeciętn.),

niż u Nieżydów (59,9). Różnica pochodzi stąd, że u kobiet żydowskich na jeden przypadek wypada 21,8 dni, podczas gdy u nieżydowskich 61,9 dni. U mężczyzn zaś obu narodowości przeciętna ilość dni choroby była jednakowa (58,8 i 58,9).

15) Choroby weneryczne zajmują wogóle nieznaczne miejsca bo 4 — na 1000, podczas gdy w Berlinie było 8,5 na 1000. U Żydów było $2^1/_2$ razy mniej (2%) niż u Nieżydów (5%). Kobiety chorowały 5 razy mniej, niż mężczyzni (1,4% i 7,0%), podczas gdy przeciętna liczba dni choroby była u kobiet dłuższa (47), niż u mężczyzn (33,7), również i u Żydów dłuższa (46,9), niż u Nieżydów (34,7).

16) Chorobowość Żydów w przyypadkach chorób chronicznych jest naogół większa, ale liczba dni chorób naogół mniejsza.

17) Na raka chorowało Żydów mniej (2,4), niż Nieżydów (1,7%). Przeciętna liczba dni chorób była w Wileńskiej Kasie Chorych o wiele krótsza (41,6—48,4), niż w Berlinie (73,9) i w Wiedniu (123 dni). Tam więc wydaje się zasiłek przez czas dłuższy niż u nas.

18) Według wieku było najwięcej ubezpieczonych w grupie od 21—30 lat (31,5%), w grupach 31—40 oraz 41—60 po 18,3%, w wieku od lat 60—2,9%, w wieku 15—20 1—18,4%. Odsetek chorych odpowiada stosunkowo wiekowi ubezpieczonych; ale, podczas gdy on jest w grupach lat 21—30, 31—40, 41—60 i ponad 60 większy (39,0—23,06—23,32—34,3), w wieku 15—20 lat jest on niższy (10,78).

19) U Żydów odsetek młodocianych (15 - 20 lat) ubezpieczonych jest większy, niż u Nieżydów (23,5 i 18,3); w starszym zaś wieku mniejszy. Z pierwszego można wywnioskować, że Żydzi zaczynają wcześniej pracować zawodowo.

20) Odsetek chorych Żydów odpowiada według grup wieku ogólnemu odsetkowi ubezpieczonych; tylko w grupie drugiej 21—30 lat jest on znacznie większy (41,56), niż u Nieżydów (36,43), mimo, że odsetek ubezpieczonych jest mniejszy (30,6 i 32,4). Żydzi zaczynają więc wcześniej chorować.

21) Co się tyczy ostrych chorób zakaźnych (grypa, angina, tyfus), to Żydzi 2 razy więcej na nie chorowali w każdym wieku. Najwięcej chorowali Żydzi—mężczyźni w wieku 21—30 lat (13,1%), kobiety żydowskie od 31—40 (16%). U Nieżydów był również odsetek mężczyzn w wieku 21—30 lat znacznie niższy (8,2%), a u kobiet — w wieku 31—40 (4,4%).

22) Gruźlica występuje w każdym wieku, u Żydów—mężczyzn i kobiet najbardziej w wieku 31—40. U Nieżydów mężczyzn w wieku 21—40, u kobiet Nieżydów w wieku 41—60 lat.

23) Choroby weneryczne zanotowano u Żydów jedynie w wieku od 21—40 lat, u Nieżydów w każdym wieku, zaczynając od 15—20 (1,0 - 3,0 na 1000) a (2 na 1000) kończąc wiekiem od lat 60 i wyżej.

Dyskusja: Dr. *Bohuszewicz* zaznacza, iż prelegent w swej pracy nie uwzględnił zupełnie członków rodzin ubezpieczonych, co niewątpliwie wpłynęłoby na dane statystyczne.

Doc. *Safarewicz* stwierdza, że jeżeli chodzi o statystykę niezdolności do pracy z powodu choroby, a nie o statystykę zapadalności wogóle, to oczywiście nie mogą wchodzić w rachubę rodziny ubezpieczonych.

Nie można jednak, segregując w-g wieku, tworzyć niejednakowe przedziały, jak to właśnie zrobił prelegent; klasa od 15 do 20 lat posiada przedział 5 letni, następne zaś posiadają przedziały 10 letnie. Dalej, nie można porównywać materjału liczbowego co do niezdolności do pracy w Wileńskiej Kasie Ch., z materjałem olbrzymich Kas, jak np. w Wiedniu lub Berlinie. Mała względnie Wileńska Kasa posiada więcej niż połowę członków, pracujących w charakterze służby domowej; materjał ten jest b. płynny; robotników przemysłowych—materjału liczbowego bardziej stałego — w Wilnie jest b. mało. W Wiedeńskiej i Berlińskiej Kasach, gdzie robotników przemysłowych jest dużo, materjał liczbowy jest dość stały; co zaś do niezdolności do pracy z powodu choroby to praca w przemyśle wywiera wielki wpływ. Poza tem, jeżeli chodzi o wnioski statystyczne co do niezdolności do pracy z powodu choroby śród różnych narodowości, to należałoby uwzględnić dane statystyczne wogóle co do narodowości, być może pokazałoby się, że nie można wyciągać pod tym względem wniosków; wreszcie zawsze należy sprawdzić, czy nadaje się dany materjał do opracowania statystycznego i do wyciągania stąd wniosków, czy jest on pod względem liczbowym wystarczający do tego; dobrze byłoby przytem podawać graniczne wahania możliwego błędu, zwłaszcza, gdy chodzi o poszczególne choroby; tu właśnie otrzymał prelegent liczby niewielkie.

Prof. *Michejda* zwraca uwagę na względną rzadkość przypadków gruźlicy chirurgicznej w materjale Kliniki Chirurgicznej i na stosunkowo dobrą wyleczalność tych przypadków pomimo leczenia wyłącznie w terenie ich zamieszkania, oraz zapytuje, czy podobne spostrzeżenia są zgodne ze spostrzeżeniami na materjale kasowym.

Dr. *Czarnocki* uważa, iż te dobre wyniki w leczeniu gruźlicy kostnej, należy przypisywać bardzo rozpowszechnionemu zwyczajowi naświetlania słonecznego.

Dr. *Bohuszewicz* naogół zgadza się ze spostrzeżeniami Prof. Michejdy co do rzadkości gruźlicy kostnej, stwierdzonemi również i na materjale kasowym.

Dr. *Szabad* w odpowiedzi komunikuje:

Dr. Bohuszewicz czyni mi zarzut, dlaczego nie opracowałem materjału, dotyczącego członków rodzin. Mógłbym również zarzucić Kasie Chorych Wileńskiej, dlaczego dotychczas nie wydano drukiem ani jednego sprawozdania, w któremby były umieszczone właśnie te dane statystyczne, oparte na osobistych kartach zdrowia. W mojej zaś pracy, przeprowadzonej z inicjatywy prywatnej, bo nie jestem, jak już zaznaczyłem, ani lekarzem K. Ch., ani członkiem zarządu, objąłem wyłącznie dane co do niezdolności do pracy z powodu choroby. Więc już dlatego samego nie mogłem korzystać z danych co do chorobowości członków rodzin ubezpieczonych, które przecież zasiłków nie otrzymują. Zresztą sprawozdania Kas Chorych Berlińskiej i Wiedeńskiej, które mi służyły, jako źródła porównawcze, również uwzględniają wyłącznie ubezpieczonych nie zaś ich rodzin.

W odpowiedzi Doc. Safarewiczowi muszę zaznaczyć, iż przecież Wilno nie jest miasteczkiem, i chociaż liczba ubezpieczonych w Wil. Kasie Chorych rzeczywiście mniejsza jest, niż w Berlinie czy Wiedniu, wszakże operowałem liczbami dość znacznemi: 27.000 ubezpieczonych i około 10.000 kart przypadków choroby. Co do wyliczeń moich według narodowości, to wcale niepotrzebna w danym wypadku znajomość ogólnej liczby danej narodowości w miejscu, albowiem wyliczałem na 100 ubezpieczonych tej i drugiej narodowości. Co do płynności materjału służby domowej, to naturalnie nic przeciw temu poradzić nie można. Jak już zaznaczyłem zresztą, praca moja jest tylko próbą, zdaje mi się, pierwszą w tym rodzaju. W piśmiennictwie polskiem nie znam szczegółowego opracowania kart zdrowia ubezpieczonych w Kasach Chorych. Naturalnie im więcej będzie takich danych, tem większa będzie ich wartość.

Opinję Prof. Michejdy co do wyleczalności gruźlicy w naszych warunkach mogę tylko potwierdzić Zupełnie nie jest konieczne posyłanie takich chorych do krajów ciepłych czy górzystych zagranicą. W swoich artykułach i odczytach popularnych zawsze o tem mówię. Coprawda promienie ultrafioletowe w Szwajcarji działają może intensywniej, aniżeli u nas. Ale przy dobrem pielęgnowaniu w sanatorjum, czy na wsi, na wolnem powietrzu mogą być i u nas osiągnięte dobre wyniki.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz Dr. *Zalewski.*

Protokół

Dorocznego Walnego Zebrania Wileńskiego Tow. Lekarskiego

z dnia 10 grudnia 1930 r.

Obecnych 22 członków.

I. Prezes T-wa prof. *J. Szmurło* po zagajeniu Walnego Zebrania proponuje powołać na przewodniczącego D-ra *Z. Klotta*, na sekretarza D-ra *M. Mienickiego*. Wniosek przyjęto.

II. Sprawozdanie ustępującego Zarządu:

a) Sprawozdanie ogólne odczytuje Dr. Doc. E. Czarnecki.
b) „ kasowe „ Dr. W. Bądzyński.
c) „ Komit. Red. Pam. Wil. Dr. Doc. A. Safarewicz.
d) „ bibljoteczne Dr. Doc. A. Safarewicz.
e) „ Komisji Rewiz. Dr. E. Wirszubski.

W związku ze sprawozdaniem Zarządu Walne Zebranie przyjęło wniosek D-ra Rudzińskiego w postaci uwagi 2-iej do § 16 statutu, „że wszelkie regulaminy, obowiązujące Zarząd, jak i poszczególne sekcje, Zarząd Towarzystwa przedkłada Walnemu Zebraniu do zatwierdzenia".

III. Po udzieleniu absolutorjum Zarządowi przystąpiono do wyborów Zarządu, Komitetu Redakcyjnego i Komisji Rewizyjnej na rok 1931 w drodze tajnego głosowania (głosy obliczali: Dr. J. Bohuszewicz, Dr. Łukowski i Dr. Wąsowski), głosowało 20 osób.

Władze T-wa ukonstytuowały się w następujący sposób:

Prezes: Prof. Dr. K. Michejda (16 głosów),
Sekretarz stały: Doc. Dr. A. Safarewicz (18 głosów),
Vice-prezesi: { Dr. Łukowski (18 głosów), Dr. Gieców (19 głosów),
Sekretarze doroczni: { Dr. A. Zalewski (18 głosów), Dr. M. Mienicki (16 głesów),
Skarbnik: Dr. W. Bądzyński (19 głosów),
Bibljotekarz: Doc. Dr. E. Czarnecki (17 głosów),
Przewodniczący Sekcji Lekar. Wojewódz.: Dr. H. Rudziński (17 głosów),
Skład Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika Lekarskiego:
Redaktorowie: { Prof. Dr. W. Jasiński (14 głosów), Doc. Dr. A. Safarewicz (14 głosów),
Redaktor administracyjny: Dr. M. Minkiewicz (14 głosów),

Członkowie Komitetu: Dr. W. Bądzyński (14 głosów),
Doc. Dr. E. Czarnecki (14 głosów),
Dr. Lewande (14 głosów),
Prof. Dr. Schilling-Siengalewicz (14 gł.),
Prof. Dr. J. Szmurło (14 głosów),
Dr. A. Wirszubski (14 głosów),
Komisja Rewizyjna: Dr. Zawadzki (15 głosów),
Dr. Bujalski (14 glosow),
Dr. Wirszubski (15 głosów).

Po dokonaniu wyborów przewodniczący zebranie zamknął.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.* Przewodniczący Dr. *Klott.*

Sprawozdanie z działalności Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego za okres od 11.XII 1930 r. do 11.XII 1931 r.

W skład Zarządu T-wa wchodzili w roku sprawozdawczym:

Prof. Dr. K. Michejda — prezes, D-rzy: L. Łukowski i Giecow — vice-prezesi, Doc. Dr. A. Safarewicz — sekretarz stały, D-rzy: A. Zalewski i M. Mienicki — sekretarze doroczni, Dr. W. Bądzyński — skarbnik i Doc. Dr. E. Czarnecki — bibljotekarz.

Komisja Rewizyjna składała się z D-rów Zawadzkiego, Bujalskiego i Wirszubskiego.

Do Komitetu Redakcyjnego należeli: redaktorowie: Prof. Dr. W. Jasiński i Doc. Dr. A. Safarewicz, redaktor administracyjny Dr. Minkiewicz oraz członkowie Komitetu: Dr. W. Bądzyński, Doc. E. Czarnecki, Dr. Lewande, Prof. Dr. S. Schiling-Siengalewicz, Prof. Dr. J. Szmurło, Dr. Wirszubski.

Na początku roku sprawozdawczego T-wo liczyło 122 członków rzeczywistych i 50 członków honorowych oraz 27 członków Sekcji Woj. T-wa; w ciągu roku zmarło 5, z czego honorowych 2 i 3 rzeczywistych.

Wstąpiło do T-wa 21 nowych członków, ustąpiło 2, wyjechało z Wilna 2, do Sekcji Wojewódzkiej przyjęto 2 członków.

Stan faktyczny członków T-wa przedstawia się następująco: członków honorowych 48, rzeczywistych 139, oraz członków Sekcji Wojewódzkiej razem 29 członków.

W ciągu roku sprawozdawczego odbyło się 30 posiedzeń naukowych, 6 posiedzeń Zarządu T-wa. Frekwencja członków na posiedze-

niach naukowych wahała się w granicach 15—44, frekwencja gości 8—53.

W okresie sprawozdawczym wygłoszono 49 odczytów i referatów naukowych oraz uskuteczniono 44 pokazów, zgodnie z załączonemi wykazami.

Sekretarz Dr. *M. Mienicki.* Prezes T-wa Prof. Dr. *Michejda.*

Wykaz odczytów w roku sprawozdawczym:

1. Dr. Wirszubski—„Z kazuistyki operowanych guzów mózgowych".
2. Dr. W. Zaleski —„Heterotopia doświadczalna tkanki macicznej u króliczek i świnek morskich".
3. Doc. I. Abramowicz—„O stwierdzeniu objawu Bella zapomocą diaphanoskopji z pokazem chorych".
4. Prof. Michejda—„Zapalenie wyrostka robaczkowego na podstawie materjału Wileńskiej Kliniki Chirurgicznej (Cz. I)".
5. Dr. Prażmowski — „Zwalczanie błonicy".
6. Dr. Zienkiewicz — „Sprawozdanie z działalności kolonji sezonowej w Busku w r: 1930.
7. Prof. Michejda—„Zapalenie wyrostka robaczkowego na podstawie materjału Wileńskiej Kliniki Chirurgicznej (Cz. II".
8. Prof. Dr. Weissenhoff—„Nowe poglądy na budowę materji".
9: Dr. H. Rudziński—„W sprawie roli lekarza w akcji społeczno-sanitarnej".
10. Dr. C Szabad—„Przyczynek do zagadnienia umieralności na raka i gruźlicę".
11. Dr. Elsa Class (Bruksela) — „W sprawie ciał obcych w rogówce (w języku francuskim).
12. Dr. W Karnicki — „Wpływ gruczołów dokrewnych na zachowanie się nowotworów doświadczalnych".
13. Dr. Kenigsberg—„O leczeniu promieniami granicznymi" (z pokazem chorych.
14. Dr. W. Staszewski—„Promienie Röntgena i ich zastosowanie".
15. Dr. Kaulbersz-Marynowska — „O stosowaniu jablek w nieżytach jelit u niemowląt".
16. Doc. Abramowicz — „O własnym sposobie operacji katarakty w torebce".
17. Doc. Bagiński — „Antygen metylowy w lecznictwie gruźlicy".
18. Dr. Malinowski—„Cyśticercus cellulos cerebr.".
19. Dr. J. Samborski—„Sarcoma haepatis primarium".
20. Dr. D. Jedwabnik—„Zagadnienie gruźlicy płuc (Cz I)".

21. Dr. T. Rymkiewicz — „Druskieniki w obecnych warunkach rozwoju".

22. Dr. D Jedwabnik—„Zagadnienie gruźlicy płuc (Cz. II)".

23. Dr. Starkiewicz — „Leczenie przewlekłe chorych dzieci w kolonji leczniczej im. Rektora Brudzińskiego w Busku".

24. Prof. Dr. Z. Orłowski—„Zdrojowiska polskie".

25. Doc. Dr. Wąsowski — „Wpływ odmy sztucznej i wyrwania nerwu przeponowego na przebieg gruźlicy krtani".

26. Prof. Dr. Z. Orłowski — „Wskazania do leczenia chorych w zdrojowiskach krajowych (Cz. I)".

27. Dr. Gelman—„Choroba Gaucher".

28. Prof. Dr. Z. Orłowski — „Wskazania do leczenia chorych w zdrojowiskach krajowych (Cz. II)".

29. Dr. S. Fedosewicz — „Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposiego".

30. Dr. E. Sawicki — „Dwoinki Neissera we krwi w przebiegu rzeżączki".

31. Dr. E. Sedlis — „Zmiana płci a guzy jajnikowe".

32. Prof. Dr. W. Jasiński—„Sprawozdanie z IV Zjazdu pedjatrów we Lwowie.

33. Prof. Dr. W. Jasiński — „O konieczności i sposobie ustalania norm rozwoju fizycznego dzieci w Polsce".

34. Doc. Dr. S. Bagiński — „Układ pokarmowy a gruczoły dokrewne".

35. Prof. Dr. Seńkowski—„Synteza barwika krwi".

36. Doc. Dr. S. Bagiński—„Z histochemji wapnia śródtkankowego".

37. Prof. Dr. K. Pelczar, stud. Hofbauer, stud. Kołoszyński — „Z badań nad dopełniaczem surowicy krwi ludzi dotkniętych nowotworami złośliwymi i płytkami krwi zwierząt z rakiem doświadczalnym".

38. Prof. Dr. S. Schilling-Siengalewicz—„Odczyn skłaczkowacenia na zimno a gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu".

39. Prof. Dr. J. Patkowski—„Ciała promieniotwórcze".

40. Doc. Dr. Wąsowski — „Wpływ pernoktonu na odruchy błędnikowe".

41. Dr. A. Kapłan — „O współczesnej wiedzy dietetycznej i jej roli w zagadnieniu raka".

42. Doc. Zaleski — „Próby wszczepiania zapłodnionego jaja u króliczek".

43. Dr. Kapłan—„Dietetyka a zagadnienie raka".

44. Prof. Dr. K. Pelczar — „Nowsze poglądy na sprawę dusznicy bolesnej".



45. Prof. Dr. W. Wróblewski—„Nastawienie umysłowe prawnika".

46. Dr. T. Rostkowski—„Postępy zwalczania jaglicy w Województwie Wileńskiem".

47. Dr. M. Mienicki —„Badania nad krzepliwością krwi u chorych kiłowych z uwzględnieniem poziomu wapnia w surowicy, oraz grup krwi".

48. Dr. C. Zarcyn — „Źródła omyłek rozpoznawczych przy zapaleniu wyrostka robaczkowego".

49. Dr. C. Szabad — „Niezdolność do pracy z powodu choroby śród ubezpieczonych w Kasie Chorych m. Wilna w r. 1929".

Wykaz pokazów:

1. Prof. Dr. Michejda — Pokaz chorego z kostniakiem k. promieniowej.

2. Dr. Markiewicz — Pokaz chorej z nowotworem wewnątrzgałkowym.

3. Prof. Dr. Michejda — Pokaz chorej po wycięciu mięsaka nerki.

4. Dr. Trzeciak — Pokaz chorego i omówienie 2 przypadków zranienia jelit i nerki.

5. Dr. Rywkind—Pokaz 2 chorych po dokonanej antrotomji.

6. Dr. Mienicki — Pokaz chorego z Ca labii po zastosowaniu koagulacji.

7. Dr. Wirszubski — Przypadek neuroretinitis na tle zatrucia denaturatem

8. Prof. Dr. Michejda—Przypadek nacieku po zapaleniu wyrostka robaczkowego operowany dwukrotnie.

9. Prof. Dr. Michejda—Przypadek przerwania mięśnia dwugłowego lewego ramienia po wysiłku fizycznym.

10. Prof. Dr. Michejda — Przypadek wola operowanego u dziecka, l. 7.

11. Prof. Dr. Michejda — Przypadek operacji Maydl'a z powodu ectopia vesicae.

12. Dr. Hanusowicz—Pokaz chorego z pierwotnym owrzodzeniem na wardze dolnej.

13. Dr. Krauss — Pokaz chorej po zabiegu wytworzenia sztucznej pochwy metodą Baldwin Mori.

14. Dr. Krauss—Pokaz ciała obcego (ołów—25,7 dkgr.) wyjętego z płatu czołowego.

15. Dr. Krauss—Przypadek resekcji okrężnicy z powodu Ca flex. hepaticae.

16. Dr. Achmatowicz—Przypadek peritonitis haemorrhagicae w przebiegu purpurae rheumaticae.

17. Dr. Markiewicz—Przypadek neuroretinitis na tle zatrucia denaturatem.

18. Dr. Ritler — Pokaz chorego z herpes zoster ophthalmicus.

19. Dr. Fedosewicz — Pokaz chorego z lues gummosa.

20. Doc. Dr. T. Wąsowski — Pokaz oświetlającego aparatu otolaryngologicznego własnego pomysłu.

21. Prof. Dr. Michejda—Pokaz chorej po operacji ropnia wątroby.

22. Dr. Fedosewicz — Przypadek lues congenitae.

23. Dr. Kucharski — Pokaz chorego po operacji raka odbytnicy.

24. Dr. Achmatowicz — Pokaz chorego po resekcji odbytnicy.

25. Dr. Sawicki — Przypadek urticariae pigmentosae.

26. Dr. Doroszkiewicz—Wyświetlenie filmu p. t. „Rośliny i zwierzęta na usługach człowieka chorego".

27. Dr. Mahrburg—Pokaz aparatu własnego pomysłu do zatapiania w żelatynie preparatów anatomicznych.

28. Dr. Mahrburg — Demonstracja preparatów patologo-anatomicznych: preparaty wątroby kiłowej,

29. Dr. Mahrburg — Preparat przekroju podłużnego jelita,

30. Dr. Mahrburg — Preparat raka główki trzustki.

31. Dr. Malinowski — Pokaz chorego z nowotworem mózgu.

32. Dr. Zarcyn — Demonstracja 3 przypadków szpitalnych.

33. Doc. Dr. T. Wąsowski — Demonstracja 2 przypadków po usunięciu z oskrzeli ciała obcego, zalegającego tam przez czas dłuższy.

34. Dr. Zarcyn — Przypadek zatrucia toksycznego na tle anginy, symulujący ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

35. Dr. Malinowski — Pokaz chorego z guzem mózgu.

36. Dr. Achmatowicz — Przypadek tętniaka tętniczo-żylnego art. popliteae.

37. Prof. Dr. Michejda — Przypadek tętniaka tętniczo-żylnego nie operowany.

38. Prof. Dr. Michejda — Przypadek naczyniaka okolicy czołowej, zoperowanego i pokrytego sposobem Kresego.

39. Prof. Dr. Michejda — Pokaz 4 preparatów po resekcji żołądka, 3 z powodu ulcus ventr., a 1 z powodu Ca.

40. Dr. Trzeciak — Demonstracja chorej z przypuszczalnym sarkomatem stopy oraz pokaz szeregu roentgenogramów kostnych.

41. Prof. Dr. Michejda — przedstawia: 1) Chorego operowanego z powodu ropnia prawego płuca, 2) 2-ch chorych, operowanych z powodu ograniczonych ropni opłucnowych, 3) chorego po resekcji, całej połowy jelita grubego z powodu Ca col. transv , 4) kamienie usunięte z przewodu żółciowego wspólnego.

SPRAWOZDANIE KASOWE
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
z roku 1930/31.

Przychód:	SUMA Zł.	gr.
I. Pozostałość z roku ubiegłego	931	40
II. Wpływy:		
1) Wpisowe i składki członkowskie	3436	—
2) Ofiary członków T-wa na stypendjum im. ś. p. prof. Sawickiego	82	—
3) Ofiara firmy „Leitz" na rzecz Wil. T-wa Lek.	75	—
4) Odsetki od funduszów T-wa	599	40
5) Opłata za wynajęcie Sali T-wa na zebranie	20	—
6) Ogłoszenia w „Pamiętniku W. T. L." . . .	404	—
7) Prenumerata „Pamiętnika W. T. L." . . .	257	50
8) Zwrot kosztów druku prac w „Pamiętniku W. T. L."	215	—
9) Subsydjum M. W. R. i O. P. na uporządkowanie Bibljoteki T-wa	1500	—
10) Subsydja na wydawnictwo „Pamiętnika W. T. L." od: a) Wydziału Lekarsk. U. S. B. w Wilnie zł. 1000; b) Wileńsko-Nowogr. Izby Lekarskiej „ 500; c) Towarzystw Lekars. woj. Nowogr. „ 200	1700	—
11) Stypendjum z legatu ś. p. d-ra Lachowicza, wpłacone przez Wileńskie T-wo Dobroczynności (po 200 zł. miesięcznie)	2400	—
Razem . . .	11620	30

Rozchód:		SUMA Zł.	gr.
I.	Koszty związane z utrzymaniem lokalu T-wa: 1) Porządek i remont lokalu . . . . . zł. 201,75 2) Światło (rachunki Magistratu m. Wilna) . . . . „ 153,35 3) Opał . . . . „ 219 4) Pensja dozorcy domu (za 13 miesięcy po 20 zł.) . . . . „ 260	834	10
II.	Koszty organizacji zjazdu Sekcji Wojewódzk. T-wa	98	80
III.	Wydatki kancelaryjne, druki i poczta	146	—
IV.	Ofiara na stypendjum im. s. p. prof. Sawickiego	100	—
V.	Koszty związane z uporządkowaniem Bibljoteki .	1258	30
VI.	Koszty wydawnictwa i rozsyłania „Pamiętnika W. T. L.“	7599	—
VII.	Stypendjum z legatu ś. p. d-ra Lachowicza, wypłacone 2 studentom medykom U. S. B. w Wilnie do dn. 1.I 1932 r.	2400	—
	Razem . . .	12436	20
	Saldo na dzień 12.XII 1931 r. w rozchodzie .	815	90

Wykaz walorów:

1) 4½% listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemsk. na 8.880 złotych
2) Kwity depozytowe Państwowego Banku Rosyjsk. na 14.900 rubli.

Dr. *Wasław Bądzyński*
Skarbnik.

PRELIMINARZ BUDŻETOWY
Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego
na rok 1931/32.

Wpływy:

1) Składki od członków Wileńskiego T-wa Lekarskiego (130 × 30)	zł.	3900
2) Składki od członków Sekcji Wojewódzkiej T-wa (25 × 18)	„	450
3) Odsetki od funduszów T-wa	„	400
4) Ogłoszenia w „Pamiętniku W. T. L."	„	400
5) Prenumerata „Pamiętnika W. T. L."	„	350
6) Subwencje	„	5500
Razem	zł.	11000

Wydatki:

1) Pokrycie deficytu z roku 1930/31	zł.	800
2) Uregulowanie rachunku za nabyty epidjaskop	„	1200
3) Koszty utrzymania lokalu	„	1000
4) Kancelarja, druki i poczta	„	400
5) Uporządkowanie Bibljoteki T-wa	„	800
6) Wydawnictwo „Pamiętnika W. T. L."	„	6000
7) Nieprzewidziane	„	800
Razem	zł.	11000

Protokół
Komisji Rewizyjnej Wil. T-wa Lekarskiego.

Dnia 11 grudnia 1931 roku Komisja Rewizyjna w składzie d-rów: Abrahama Wirszubskiego i Zygmunta Zawadzkiego dokonała rewizji księgi kasowej oraz papierów wartościowych, należących do Wileńskiego T-wa Lekarskiego i stwierdza niniejszem, iż rachunkowość jest prowadzona prawidłowo, zapisy w księdze oparte są na formalnych dowodach, a saldo na dzień 11 grudnia r. b. jest wyprowadzone prawidłowo na sumę ogólną *815 zł. 90 gr.*, słownie osiemset piętnaście złotych 90 groszy, stanowią *deficyt* T-wa w roku sprawozdawczym. Na przechowaniu u skarbnika T-wa są; 1) listy zastawne Wileńskiego Banku Ziemskiego na 8.880 złotych: 2) Kwity depozytowe Państwowe-

go Banku Rosyjskiego na 14.900 rubli, zarejestrowane w „Związku Obrony Mienia Polskiego w Rosji“. Komisja Rewizyjna, wychodząc z założenia, że deficyt w roku sprawozdawczym został spowodowany przekroczeniem przez Komitet Redakcyjny „Pamiętnika Wileńskiego T-wa Lekarskiego“ sumy na ten cel preliminowanej o 1600 zł., jest zdania, że koszty wydawnictwa „Pamiętnika“ muszą być dostosowane do sum na ten cel preliminowanych, co da się osiągnąć redukcją liczby zeszytów do jednego na kwartał, ewent. zmniejszeniem objętości poszczególnych zeszytów.

Dr. Z. Zawadzki.
Dr. A. Wirszubski.

Sprawozdanie bibljoteczne Wileńskiego T-wa Lekarskiego w r. 1931.

Bibljoteka Wileńskiego T-wa Lekarskiego w roku sprawozdawczym, z racji zbyt szczupłych funduszów, nie mogła, poza pracą nad uporządkowaniem posiadanych zbiorów, zająć się uzupełnieniem swych braków aktualjami rynku księgarskiego. Jedyny wyłom pod tym względem stanowiły czasopisma polskie i częściowo zagraniczne, jakie T-wo otrzymuje w drodze wymiany za Pamiętnik, T-wa, oraz dar p. D-ra M. Minkiewicza, który w roku sprawozdawczym ofiarował bibljotece 91 książek i 6 czasopism; prócz tego nadsyłane są stale dublety czasopism lekarskich z Uniwersyteckiej Bibljoteki Publicznej w Wilnie.

W okresie sprawozdawczym nad inwentaryzowaniem i katalogowaniem zbiorów bibljotecznych pracowało 2 pracowniczki w godzinach wieczorowych w ciągu 7 miesięcy. Praca, zmierzająca w kierunku doprowadzenia księgozbioru do należytego stanu a zapoczątkowana przed kilku laty, ma się ku końcowi; skatalogowano dotychczas:

	Dzieł	Tomów
Książek	11453	14989
Czasopism	558	2923
Rękopisów	100	106
Razem książek i czasopism	12011	17912

Uporządkowano i skatalogowano również dary z roku 1929 pani D-rowej Pawińskiej z Warszawy (100 dzieł) i p. D-rowej Szwengrubenowej z Wilna (118 dzieł).

Pozostało do skatalogowania 600 dysertacji i do zainwentaryzowania 1200 dysertacji, a prócz tego do uporządkowania jedna szafa z historjami chorób (pisane ręcznie), łącznie około 2000 egzemplarzy.

Sprawa przeniesienia bibljoteki T-wa do pałacu po-Tyszkiewiczowskiego była w roku sprawozdawczym nieaktualna, wobec nieotrzymania od Ministerstwa odpowiedzi w tym przedmiocie.

Do czasu całkowitego uporządkowania zbiorów bibljotecznych i uruchomienia bibljoteki, Zarząd T-wa powziął postanowienie uruchomienia w najbliższym czasie czytelni czasopism w lokalu T-wa, co jest tem bardziej aktualne, że przeżywany obecnie ciężki kryzys finansowy, odbił się również dotkliwie i na rodzinie lekarskiej, pomniejszając siłę nabywczą niejednego z jej członków i, powodując przez to przerwę w prenumerowaniu bieżących czasopism lekarskich.

Doc. D-r E. Czarnecki.

Sprawozdanie Komitetu Redakcyjnego Pamiętnika Wil. Tow. Lek. za rok 1931.

W roku sprawozdawczym, t. j. od 15.XII 1930 r. do 12.XII 1931 r., wydano ogółem 6 zeszytów Pamiętnika: szósty zeszyt z r. 1930 i pięć zeszytów z r. 1931. Nakład wynosił 500 egz. Na treść zeszytów tych złożyło się: 5 wspomnień pośmiertnych z reprodukcjami fotografij zmarłych, 15 artykułów oryginalnych i 5 streszczeń zbiorowych oraz streszczeń referatów, z czego na Kliniki i Zakłady Uniw. St. Batorego przypada 14; poza tem 7 ocen, protokóły i sprawozdania Wileń. Tow. Lek., oraz jego Sekcji Wojewódzkiej i Wil. Oddz. Pol. T-wa Pedjatrycznego, sprawozdania Wydziału Lek. U. S. B., Wil -Nowogr. Izby Lek., Koła Medyków U. S. B., Stowarzyszenia Lek. Polaków i Związku Lek. Żydów, wreszcie komunikaty, odezwy i kronika. Stanowi to przeszło 34 arkusze druku.

Tytułem wymiany otrzymano 32 czasopisma polskie i 6 w językach obcych, które składano w bibljotece T-wa.

Koszty wydawnictwa wraz z ekspedycją wynosiły 7,599 zł. Z ogłoszeń wpłynęło 404 zł., z prenumeraty 257 zł. 50 gr., zwrócono przez autorów koszty druku w wysokości 219 zł., poza tem od Wydziału Lek. U. S. B. wpłynęło 1000 zł., od Wil.-Nowogr. Izby Lek —500 zł., od Tow. Lek. Nowogr.—200 zł., łącznie wpływów było 2576 zł. 50 gr. Towarzystwo więc wypłaciło z własnych funduszów na wydawanie Pamiętnika 5022 zł. 50 gr. W porównaniu z r. 1930 koszty wydawnictwa były mniejsze w roku sprawozd. o 15 zł., wpływy zaś zmniejszyły się o 2943 zł. 25 gr.; Pamiętnik nie otrzymał w roku sprawozd. zapomogi z Min. Wyzn. Relig. i O. P., mniejsze też były zapomogi Wydziału

Lek. U. S. B. oraz Wil.-Now. Izby Lek.; w porównaniu z r. 1930 zapomogi zmniejszyły się o 3000 zł.

Komitet Redakcyjny stanowiły:

Wydział—Redaktorowie: Prof. Dr. W. Jasiński, Dr. Med. *M. Minkiewicz* i Doc. Dr. *A. Safarewicz.*

Członkowie Komitetu: Dr. *W. Bądzyński* Doc. Dr. *E. Czarnecki*, Dr. *S. Lewande*, Prof. Dr. *S. Schilling-Siengalewicz*, Prof. Dr. *J. Szmurło* i Dr. Med. *A. Wirszubski.*

Sekcja Wojewódzka Wil. T-wa Lekarskiego.

Sprawozdanie za okres od 12.XII 1930 r. do 1.XII 1931 r.

Do Sekcji w roku sprawozdawczym należało 30 lekarzy w tem 2 zamieszkałych w Wilnie i 28 zamieszkałych na terenie powiatów Województwa Wileńskiego. Przewodniczący Sekcji Dr. H. Rudziński, Zastępcy D-wie Polikowski i Jaksa-Tyr, Skarbnik Dr. Bądzyński, Sekretarz Dr. Fekecz.

W dniach 20 i 21 grudnia 1931 r. odbył się I Zjazd tej Sekcji w Wilnie pod przewodnictwem Dr. H. Rudzińskiego. Na Zjazd przybyło 24 kolegów z różnych miejscowości Województwa Wileńskiego, liczniejszemu przeszkodziła szerząca się w tym czasie silna epidemja grypy i zawieje śnieżne na wsi.

W pierwszym dniu Zjazdu został wygłoszony szereg wykładów przez p. p. Profesorów U. S. B. na tematy, najbardziej obchodzące lekarzy wiejskich. (J. M. Rektor Prof. A. Januszkiewicz, oraz p. p. Profesorowie Jakowicki, Michejda, Szmurło, Szymański; w drugim dniu obrad Dr. L. Rostkowski i Dr. H. Rudziński wygłosili referaty na tematy z zakresu medycyny zapobiegawczej, w tym że dniu rozpatrzono i zatwierdzono regulamin Sekcji i miejscowych kół naukowych. Ponadto uczestnicy Zjazdu zwiedzili Kliniki U. S. B., Miejski Ośrodek Zdrowia i Poradnię Przeciwgruźliczą W. T. P.

Szczegółowy protokół Zjazdu oraz regulamin Sekcji został ogłoszony drukiem w Wileńskim Pamiętniku Lekarskim w zeszycie I 1931 r. str. 61—63.

W ciągu roku zawiązały się następujące Powiatowe Koła Naukowe:

I. Mołodeczno—5 lekarzy. Przewodniczący Koła Dr. Jastrzębski Leon, sekretarz Dr. P. Masłowski. — Odbyło się 1 posiedzenie organizacyjne w dn. 22.II 1931 r. z referatem D-ra Rostkowskiego na temat: Zadania Kolumny Przeciwjaglicznej; statystyka i leczenie jaglicy.

II. Oszmiana—10 lekarzy. Przewodniczący Dr. A. Leger. 1 posiedzenie organizacyjne odbyło się w dn. 1.X 1931 r.

III. Wilejka Powiatowa — 6 lekarzy. Przewodniczący Dr. Jaksa-Tyr. Zastępca Dr. A. Krauss, sekretarz Dr. Czochński. 1 posiedzenie organizacyjne odbyło się w dniu 27.III 1931 r. o następnych pracach Koła—brak informacji.

IV. Postawy—5 lekarzy. Przewodniczący Dr. S. Reyro. Zastępca Dr. Staniszewska. Sekretarz Dr. Sielicki. 1 posiedzenie organizacyjne odbyło się w dniu 11.XII 1931 r

W grudniu 1931 r. lub styczniu 1932 r. przewiduje się szereg zebrań naukowych powiatowych kół miejscowych z programem naukowym.

O działalności Kół Naukowych w innych powiatach brak informacji.

W pierwszej połowie 1932 roku przewiduje się zwołanie II Zjazdu Sekcji Wojewódzkiej w Wilnie.

Przewodniczący Sekcji *Dr. H. Rudziński*

Sprawozdanie z działalności Wil. Oddz. Polskiego T-wa Pedjatrycznego w roku 1931.

Skład Zarządu:

Prezes: Prof. Dr. Wacław Jasiński
Vice-prezes: Dr. Ludwik Łukowski
Skarbnik: Dr. Bolesław Żabko-Potapowicz
Sekretarz: Dr. Jan Zienkiewicz
Członkowie zarządu: Dr. Hanna Kaulbersz - Marynowska i Dr. Jadwiga Muraszko z ramienia Koła lekarzy stacyjnych.

Oddział liczył członków 28.

W roku bieżącym odbyły się 4 posiedzenia Zarządu i 9 naukowych, w tej liczbie 2 posiedzenia wspólne z T-wem Lekarskiem. Wygłoszono odczytów 13, sprawozdań ze zjazdów pedjatrycznych i działalności kolonji leczniczych 4. Przypadków chorobowych przedstawiono 12: z kliniki dziecięcej 6, z kliniki chirurgicznej 1, ze szpitala dla dzieci 3, z praktyki 2.

Referaty i spawozdania wygłosili:

Doc. Dr. St. Bagiński: Układ pokarmowy a gruczoły dokrewne.

Dr. L. Baranowski: O przypadku ziarnicy złośliwej u 10 letniego chłopca

Dr. H. Bikus-Borowska: Sprawozdanie z działalności kolonji leczniczej dziecięcej w Druskienikach za rok 1931.

Dr. Iszora: Zasady refleksologji (2 części).

Prof. Dr. W. Jasiński: O konieczności i sposobie ustalenia norm fizycznego rozwoju dzieci w Polsce.

Prof. Dr. W. Jasiński: Sprawozdanie z IV Zjazdu Pedjatrów Polskich we Lwowie.

Dr. P. Lidzka: Układ siateczkowośródbłonkowy i jego znaczenie w klinice dziecięcej.

Dr. P. Lidzka: Z kazuistyki pneumokokowych zapaleń otrzewnej u dzieci. (Streszczenie zbiorowe).

Dr. A. Lidzki: Kilka uwag w sprawie djety na kolonjach dziecięcych.

Dr. H. Kaulbersz-Marynowska: Odczyn Biernackiego w odrze i płonnicy.

Dr. H. Kaulbersz-Marynowska: Sprawozdanie z VII kongresu pedjatrów francuskich w Strasburgu.

Dr H. Kaulbersz-Marynowska, H Borowska i J. Muraszko: Wpływ kąpieli Druskienickich na odczyn Biernackiego u dzieci.

Dr. Wł. Prażmowski: Zwalczanie błonicy.

Dr. Z. Wyrzykowska-Michejdzina: Próby oceny zmian chorobowych skóry u noworodków w stosunku do stanów konstytucyjnych skóry podług Waltera.

Dr. J. Zienkiewicz: O kile wrodzonej wątroby u dzieci.

„ „ Acetylarson w leczeniu kiły wrodzonej u dzieci

„ „ Sprawozdanie z Kolonji Leczniczej Dziecięcej w Busku (na Górce) za rok 1930.

Sekretarz: *J. Zienkiewicz.* Prezes: *W. Jasiński*



Sprawozdanie z działalności KOŁA MEDYKÓW Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie za rok akadem. 1930/31.

Członkowie honorowi: Prof. Dr. Stanisław Władyczko i ś. p. Antoni Monkiewicz (1-szy prezes Koła).

Członkowie wspierający: Prof. Dr. Marjan Eiger, Prof. Dr. Stanisław Hiller, Prof. Dr. Władysław Jakowicki, Prof. Dr. Aleksander Januszkiewicz, Prof. Dr. Wacław Jasiński, Prof. Dr. Kornel Michejda, Prof. Mgr. Jan Muszyński, Prof. Dr. Michał Reicher, Prof. Dr. Sergjusz Schilling-Siengalewicz, Prof. Dr. Jan Szmurło, Prof. Dr. Jan Wilczyński, Docent Dr. A. Falkowski, Dr. Władysław Gogol-Gogolewski, Dr. Michał Gojdź, Dr. Stanisław Januszkiewicz, Dr. Jan Klukowski.

Zmarli: ś. p. Kol. Kazimierz Hordyński.

Władze Towarzystwa: Kurator: Prof. Dr. Stan. Władyczko.

Zarząd: Prezes—Józef Gałka, 1-szy vice-prezes—Henryk Lewandowski, 2-gi vice-prezes—Leonard Stecki. Członkowie Zarządu: Bronisław Jodkowski—sekretarz 1-szy, Antoni-Juljan Zieliński—sekretarz 2-gi, Szczepan Kozłowski—skarbnik, Tadeusz Kołaczyński—kierownik Sekcji Naukowo-Społecznej, Zygmunt Uszyński—kierownik Sekcji Pomocy Naukowych, Marjan Chmielewski — kierownik Sekcji Pośrednictwa Pracy, Piotr-Stanisław Czeladzin — kierownik Sekcji Pomocy Materjalnej, Jan Paradowski — kierownik Sekcji Wydawniczej, Henryk Lewandowski — p. o. kierownika Sekcji Towarzyskiej, Eljasz Mołczanow — kierownik sklepu.

Członkowie współpracownicy: Wacław Wągrowski — zastępca kierownika sklepu, Bronisław Kalinowski—zastępca kierownika Sekcji Pomocy Naukowych, Natalja Załeska—Sekcji Pomocy Naukowych, Wiktor Sawicz — Sekcji Pomocy Materjalnej, Józef Mazurek — Sekcji Pomocy Wydawniczej, Adolf Richter—Zarządu.

Komisja Rewizyjna: przewodniczący — Władysław Kwit, członkowie: Ferdynand Beck, Stanisław Sadowski, Józef Mazurek, Edmund Kuncewicz.

Sprawozdanie Zarządu.

Rok sprawozdawczy 1930/31 przeszedł w wytężonej pracy nad dalszym rozwojem organizacji. Wysiłki Zarządu szły przedewszystkiem

w kierunku samopomocowym i naukowo-społecznym. Prace Zarządu posuwały się równomiernie i stale naprzód. O postępach w dziedzinie samopomocowej świadczy powołanie do życia Sekcji Pomocy Materjalnej, której kapitał pożyczkowy został w ciągu bieżącej kadencji 4-krotnie powiększony. Zarząd, doceniając potrzeby zwiększenia ilości niezbędnych podręczników do bibljoteki Koła wobec trudnych i ciężkich warunków materjalnych większej części członków, nie będących w możności nabywać książek za gotówkę, przekazał z kasy sumę 450 zł., na którą zakupiono 48 podręczników. Ponadto Zarząd złożył memorjał, poparty gorąco przez Pana Dziekana Wydziału Lekarskiego Prof. Dr. Wacława Jasińskiego i Kuratora Koła Prof. Dr. Stanisława Władyczkę do Senatu Akademickiego o przyznanie subsydjum w wysokości 1.000 zł. na powiększenie liczby niezbędnych podręczników. Prócz tego bibljoteka nabyła na własność mikroskop za 616 zł. 35 gr., dzięki subwencji, otrzymanej na ten cel od Senatu Akademickiego, który naskutek złożonego przez Zarząd memorjału udzielił Kołu subsydjum w wysokości 600 zł., za co składamy gorące podziękowanie Wysokiemu Senatowi za łaskawe poparcie zamierzeń Koła.

Z początkiem kadencji Zarząd Koła otrzymał od Rady Wydziału Lekarskiego na cele wydawnicze 500 zł. jako pożyczkę zwrotną. Zarząd Koła, nie chcąc większego zadłużenia, wydal III-cią część podręcznika Prof. J. Szmurły własnym kosztem. Koszt tego wydawnictwa wyniósł 3,544 zł. 50 gr. Zarząd przejął od poprzedniego Zarządu 1141.43 zł., przekazuje zaś nowemu Zarządowi 2481,63 zł. Sklep Koła znacznie powiększył zakres swych prac, dając możność członkom nabywania wszystkich potrzebnych podręczników na bardzo dogodnych warunkach. Dlatego też mimo kryzysu ekonomicznego obrót roczny przewyższył o 5,698 zł. obrót roczny z poprzedniej kadencji.

Inne sekcje, jak Sekcja Towarzyska, Sekcja Pośrednictwa Pracy, Sekcja Naukowo-Społeczna osiągnęły również pomyślne rezultaty swej pracy. Staraniem Sekcji Towarzyskiej urządzony został w lutym 1931 roku IX-ty Doroczny Bal, który przyniósł Kasie dochód w wysokości 1,606 zł. 15 gr., zysk ten przypisać należy umiejętnej organizacji i dobremu zareklamowaniu balu. Pragnąc zacieśnić węzły koleżeńskie wśród członków, Sekcja urządziła 2 herbatki zapoznawcze. Zarząd Koła podejmował wycieczkę medyków z Warszawy, członków Koła Medyków S.S.S.M.U.W. Mając na uwadze prace kulturalno-społeczne i oświatowe, Zarząd zorganizował szereg odczytów. Odczyty te, urządzane przez Sekcję Naukowo-Społeczną, przyniosły Kołu przedewszystkiem korzyści moralne, a następnie zysk w wysokości 603 zł. 50 gr. Sekcja Nauko-

wo - Społeczna, oprócz odczytów, wygłaszanych przez Profesorów Wydziału Lekarskiego urządzała wieczory dyskusyjne w lokalu Koła. Ponadto Sekcja starała się nawiązać kontakt ze wszystkiemi organizacjami o charakterze ideowo - społecznym, mając na uwadze rozszerzenie terenu swej działalności poza obręb uniwersytecki.

Przy poparciu Rektoratu U. S. B. Zarząd pomyślnie załatwił uzyskanie zaświadczeń z Legji Akademickiej dla kolegów, starających się o odroczenie służby wojskowej, oraz popierał podania o odroczenie służby wojskowej, skierowując je do Min. Spr. Wojsk. Wszystkie podania wysłane przez Zarząd Koła Medyków zostały przychylnie załatwione. Ponadto Zarząd złożył memorjał do Rady Wydziału Lekarskiego w sprawie przyznawania tytułu doktora wszechnauk lekarskich dla tych, którzy ukończą studja do dnia 31 grudnia 1932 roku. W myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Zarząd złożył odpowiedni memorjał do Rady Wydziału Lekarskiego w sprawie numerus clausus na Wydziale Lekarskim U. S. B.

Ważnym momentem, na który ustępujący Zarząd zwrócił uwagę, były sprawy, dotyczące terenu ogólno - medycznego i akademickiego, jak również reprezentacja Koła nazewnątrz. Wzorem ubiegłych lat Koło Medyków brało udział w pracach O. Z. A. T. M., uczestnicząc przez swego delegata w osobie prezesa Józefa Gałki na dorocznym zjeździe Rady Delegatów tego związku w Krakowie w dniu 14 grudnia 1930 r. Na zjeździe tym między innemi poruszono sprawę doktoratów, sprawę rocznej obowiązkowej praktyki i inne, załatwiono też sprawę znaczka ogólno-medycznego przyjmując jako wzór, projekt Koła Medyków Uniwersytetu Poznańskiego. Z ramienia Koła Medyków U. S. B. do Prezydjum O.Z.A.T.M. wszedł Kol. Henryk Lewandowski, vice-prezes Koła.

Zarząd Koła współpracował z Zarządem Bratniej Pomocy Pol. Młodz. Akadem. U. S. B. przez swego delegata, który był członkiem Komisji Kwalifikacyjnej Bratniej Pomocy. Ponadto Zarząd brał udział przez swego delegata kol. Lewandowskiego Henryka w obradach Rady Nadzorczej Akadem. Kasy Chorych, wysuwając kandydatury z ramienia Koła Medyków do Zarządu Akad. Kasy Chorych. Przechodząc do szczegółowego sprawozdania, pragniemy złożyć na tem miejscu jaknajgorętsze podziękowanie Prześwietnemu Senatowi U. S. B. z Jego Magnificencją Rektorem Prof. Dr. A. Januszkiewiczem, Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego z Pp. Dziekanami Prof. Dr. Wacławem Jasińskim i Prof. Dr. Kazimierzem Opoczyńskim na czele, z całego serca dziękujemy p. Prof. Dr. St. Władyczce, kuratorowi Koła Medyków— za niezmiernie życzliwy stosunek do naszej organizacji i za popar-

cie żywotnych interesów Koła. Równocześnie dziękujemy gorąco tym wszystkim, którzy, rozumiejąc potrzeby polskiej młodzieży medycznej i Koła Medyków U. S. B. dawali dowody swej życzliwości i szli nam z pomocą.

Za Zarząd Prezes (—) *J. Gałka.*

Sprawozdanie poszczególnych sekcyj K. M

Sekretarjat 1-szy. Kierownik Bronisław Jodkowski. Sekretarjat 1-szy prowadził kancelarję główną Koła, protokóły zebrań Zarządu oraz opiekował się archiwum. Zadaniem sekretarjatu 1-go było orjentowanie się we wszelkich sprawach, dotyczących Koła tak na zewnątrz, jak i wewnątrz, oraz branie udziału w pracach Sekcyj.

W ciągu bieżącej kadencji wysłano pism 936, otrzymano 306. Zebrań Zarządu odbyło się 25, z tego zwyczajnych 19, nadzwyczajnych 6. Obecność członków na posiedzeniach Zarządu odpowiadała przeciętnie 11 na ogólną liczbę 13 (a potem 12-tu).

Sekretarjat II-gi. Kierownik Antoni-Juljan Zieliński. Sekretarjat 2-gi prowadził ewidencję członków, pobierał składki członkowskie, wydawał zaświadczenia odejścia i opiekował się lokalem Koła. W ciągu bieżącej kadencji uporządkowano ostatecznie kartotekę. Koło Medyków liczy obecnie 505 członków. Wystąpiło w roku sprawozdawczym 38, w tem 4 studentów i 34 lekarzy. Ze składek członkowskich wpłynęło 1,211 zł. Wpisowe wynosiło 2 zł., składka trymestralna 1 zł. Sekretarjat był czynny trzy razy tygodniowo.

Sekcja Naukowo-Społeczna. Kierownik Tadeusz Kołaczyński. Pracę Sekcji prowadzono w kierunku, wytkniętym przez poprzednich kierowników, polegała głównie na urządzaniu odczytów, wygłaszanych przez p.p. Profesorów Un. St. Bator. oraz wewnętrznych posiedzeń z przygotowanemi przez kolegów referatami o treści naukowej lub ogólnej. Odczytów wygłoszonych przez p.p. Profesorów odbyło się 5: pierwszy „Leki wstrętne (mocz, kał, odpadki i t. p.) w dawnej medycynie", wygłoszony 9 listopada 1930 r. przez p. Prof. Jana Muszyńskiego, drugi „Życie płciowe i choroby płciowe", odczyt p. Prof. Feliksa Malinowskiego z dnia 1 i 2 lutego 1931 roku, trzeci „Problem starzenia się w świetle nauk biologicznych", wygłoszony dnia 27 lutego 1931 r. przez p. Prof. Dr. Sergjusza Schilling-Siengalewicza, czwarty „O sugestji", odczyt wygłoszony w dniu 8 marca 1931 r. przez p. Prof. Dr. Stanisława Władyczkę, kuratora Koła Medyków, piąty „Powonienie a sfera duchowa ludzi i zwierząt", wygłoszony dnia 7 maja 1931 roku przez p. Prof. Dr. Jana Szmurłę. Pan Prof. K. Michejda zgłosił w ostat-

nich dniach odczyt na rzecz Koła p. t. „Nowe kierunki w nauce o znieczulaniu przy zabiegach operacyjnych". Odczyt ten będzie wygłoszony w najbliższym czasie.

Wszystkim p. p. Profesorom składamy gorące podziękowanie za nieszczędzenie swego cennego czasu i okazaną przychylność Kołu Medyków U. S. B.

W roku sprawozdawczym odbyły się 4 posiedzenia referatowo-dyskusyjne: 1) w dniu 6 marca 1931 r. z referatem kol. J. Mazurka p. t. „Gruźlica dzieci i wieku młodzieńczego w świetle teorji energietycznej". 2) w dniu 13 marca 1931 r. z referatem kol. M. Marzyńskiego p. t. „Dom warjatów, obrazki z własnych przeżyć", 3) w dniu 14 października 1931 r. z referatem kol. Wł. Suroża p. t. „Od materji do absolutu"—rzut oka na filozofję jogów indyjskich, 4) w dniu 6 listopada 1931 roku z referatem kol. M. Marzyńskiego p. t. „Organizacja szpitala". Drugim etapem pracy było opracowywanie odczytów popularnych celem wygłoszenia ich nazewnątrz. Odczyty takie opracowali i zgłosili kierownikowi Sekcji: Kozłowski Szczepan—„Choroby zakaźne i walka z niemi", Bierzyński Franciszek—„Higjena wychowania płciowego dzieci i młodzieży", Mikłaszewicz Włodzimierz—„Higjena mieszkań", Zagórski Stanisław—„Higjena odzieży i skóry". Po opracowaniu powyższych tematów zwrócono się pisemnie do kilku organizacyj społecznych z propozycją wygłoszenia odczytów na ich terenach. W wyniku tego otrzymano odpowiedź tylko od Związku Młodzieży Polskiej w Wilnie, który zwrócił się z prośbą o urządzenie kursów higjeny i ratownictwa — jednego w Święcianach, drugiego w Wilnie za opłatą na rzecz prelegentów według umowy. Kursy te podjęli się przeprowadzić: w Święcianach kol. Kozłowski Szczepan, w Wilnie kol. Mikłaszewicz Włodzimierz. Odbyć się one mają w początkach listopada 1931 r. Poza tem przyjmowano udział w pracach pomocniczych w związku z organizacją Kongresu Antyalkoholowego w dniach 7 i 8 grudnia 1931 r. w Wilnie. Przeprowadzono zapisy wśród kolegów na urządzony przez Wil. Wojew. Kom. L. O. P. P. „Kurs Ochrony Przeciwgazowej", na który zapisało się 103 kandydatów (z tego ukończyło kurs 3). Staraniem Sekcji w lokalu Koła firmy Gąsecki i Spiess umieściły szafki z preparatami farmakologicznemi celem spopularyzowania wyrobów tych firm wśród medyków. Wszystkim kolegom, biorącym udział w pracach Sekcji, składamy gorące podziękowanie.

Sprawozdanie Kasowe
Sekcji Naukowo-Społecznej Koła M. U. S. B.
za rok akadem. 1930/31.

	Przychód	Rozchód	Saldo
9/XI. 31 r. Z odczytu Prof. Jana Muszyńskiego	62,00	23,00	39,00
1 i 2/II. 31 r. Z odczytu Prof. Feliksa Malinowskiego	158,50	40,00	118,50
27/II. 31 r. Z odczytu Prof. S. Schilling-Siengalewicza	82,00	37,00	45,00
8/III. 31 r. Z odczytu Prof. Stanisława Władyczki	448,00	47,00	401,00
7/V. 31 r. Z odczytu Prof. Jana Szmurły	31,00	31,00	—
Razem:	781,50	178,00	603,50

Sekcja Pomocy Naukowych. Kierownik kol. Zygmunt Uszyński, zastępca kol. Kalinowski Bronisław, współpracownicy kol.kol. Zaleska Natalja i Sawicz Wiktor. W zakres Sekcji Pomocy Naukowych wchodzi bibljoteka, czytelnia czasopism oraz skład i wypożyczalnia pomocy naukowych, jako to: preparaty histologiczne, histopatologiczne, bakterjologiczne, mikroskop i płaszcze lekarskie. Z bibljoteki korzystało 332 członków. Bibljoteka liczy 1,381 podręczników w 1,598 tomach. Książek w języku polskim jest 71,3%, w języku rosyjskim 16,3%, w języku niemieckim 8%, w języku francuskim i angielskim 4,4%. W ciągu kadencji zakupiono 48 podręczników w 54 tomach na sumę 650 złot. Przy zakupie książek uwzględniano potrzeby kolegów wszystkich kursów. Do bibljoteki wpłynęło 20 podręczników w 21 tomach, jako dary p.p. Profesorów, kolegów, lub jako egzemplarze okazowe. Oprawiono 78 tomów na sumę 73 zł. 50 gr. Wypożyczono książek 995, zwrócono 737, w czytaniu 753. Celem uniknięcia nieporozumień przy zwracaniu książek wprowadzono przy wypożyczaniu rewersy. Specjalna Komisja wyłoniona przez Zarząd zajęła się uporządkowaniem książek już przestarzałych i nieuporządkowanych. Książki te po przejrzeniu skatalogowano. Zapoczątkowana w roku ubiegłym czytelnia rozwija się w dalszym ciągu. Liczba czasopism w roku bieżącym wzrosła o 16, dając ogólną cyfrę 43, czasopism perjodycznych przychodzących stale. Wszystkie czasopisma otrzymujemy bezpłatnie. Czasopisma z lat ubiegłych zostały skompletowane i oprawione. Dzięki subwencji otrzymanej od Senatu Un. St. B., Sekcja nabyła mikroskop w cenie 616 zł. 35 gr.,

który łącznie z preparatami histologicznemi, histopatologicznemi i bakterjologicznemi jest do użytku członków Koła. Płaszczów lekarskich jest 32, wypożyczonych 15.

Sekcja Pośrednictwa Pracy. Kierownik Kol. Marek Chmielewski. Działalność Sekcji polegała na wyrobieniu praktyk wakacyjnych dla kolegów starszych lat studjów w szpitalach miejskich, państwowych i sejmikowych na terenach większej części województw, oraz na pomaganiu kolegom, którzy już ukończyli studja, w sprawie uzyskania posad i praktyk w celu zaliczenia obowiązkowej rocznej praktyki. W tym celu Sekcja rozsyłała odpowiednie pisma i odezwy do urzędów wojewódzkich zdrowia, szpitali i sejmików, a także do kierowników zdrojowisk. O podziale praktyk decydował we wszystkich wypadkach Zarząd, udzielając pierwszeństwa kolegom z najstarszych kursów. Przy zapisywaniu na praktyki od kandydatów wymagano opłaconych składek członkowskich przynajmniej za 2 lata. Poza tem Sekcja udzielała poparcia w sprawie uzyskania praktyk w szpitalach, które nie zgłosiły praktyk do Koła. Na praktyki wakacyjne zapisało się ogółem 97 osób, z tego absolwentów 12, z kursu V-go — 38, z kursu IV-go — 35 i z kursu III-go — 12. Za okres sprawozdawczy Sekcja wysłała pism 370, otrzymała 99. Praktyk zgłoszono ogółem 79, z tego 61 miejsc obsadzono. Oprócz tego, dla kolegów absolwentów uzyskano 8 miejsc w szpitalu miejskim „Sawicz“ i trzy miejsca w szpitalu Św. Jakóba dla studentów V k. Posad dla lekarzy zgłoszonych było 14, z czego obsadzono tylko 4 z braku kandydatów. Sekcja składa gorące podziękowanie wszystkim, którzy w jakikolwiek sposób przyczynili się do uzyskania praktyk wakacyjnych dla członków Koła, a w szczególności P.P. Dr. Królewskiemu za uzyskanie płatnych zastępstw felczerów i lekarzy na terenie Wileńskiej Dyrekcji P. K. P. i p. Dr. Rudzińskiemu, Naczelnikowi Wileńskiego Urzędu Wojewódzkiego, Wydziału Zdrowia za przychylne i życzliwe stanowisko względem Koła, oraz gorące podziękowanie p. Dr. Maciulewiczowi, Naczelnikowi Nowogródzkiego Urzędu Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

Sekcja Pomocy Materjalnej. Kierownik Kol. Piotr S. Czeladzin. Sekcja Pomocy Materjalnej Koła Medyków U. S. B., chcąc przyjść z pomocą materjalną kolegom niezamożnym członkom Koła, udzielała pożyczki krótko i długoterminowe. W bieżącej kadencji Sekcja P. M. została powołana do życia i rozpoczęła ożywioną działność. Zarząd specjalną opieką otaczał Sekcję, przeznaczając więsze sumy na fundusz pożyczkowy. W ciągu kadencji Sekcja uzyskała z Kasy Koła 600 zł. powiększając kapitał pożyczkowy 4-krotnie w stosunku do

roku ubiegłego; rozporządza obecnie kapitałem 800 zł. Sekcja posiada regulamin przyjęty przez Zarząd i na podstawie tego regulaminu udziela pożyczek. Celem dokładnego poinformowania się o stanie materjalnym zgłaszających się o pożyczki wprowadzono szczegółowe ankiety. Otrzymujący pożyczki podpisują zobowiązanie. Do kwalifikowania podań została powołana Komisja Kwalifikacyjna w składzie 3-ch osób: kierownika Sekcji, vice-prezesa 2-go i skarbnika. Ogółem udzielono 107 pożyczek na ogólną sumę 2,580 zł. W dniu sprawozdawczym Sekcja ma na pożyczkach 700 zł. u 24 kol. kol.

Sekcja Wydawnicza. Kierownik Kol. Jan Paradowski, współpracownik Kol. Józef Mazurek. Sekcja Wydawnicza zajęła się pracą nad ukończeniem druku 3-ej części Otolaryngologji „Choroby krtani i tchawicy" Prof. J. Szmurły. W maju bież. roku ukończono druk powyższego podręcznika przy nakładzie 1,000 egzemplarzy. Koszty wyniosły 3,544 zł. 50 gr. Na cel ten uzyskano od Rady Wydziału Lekarskiego 500 zł. tytułem zwrotnej pożycki. Z Kasy Koła otrzymano 635 zł. (w tem 500 zł. od Rady Wydziału Lekarskiego). Resztę kosztów pokryła Sekcja z sum, otrzymanych ze sprzedaży podręczników, oraz wystawiając terminowe zobowiązanie na 600 zł.

W styczniu 1931 r. wpłacono Bratniej Pomocy Pol. Młodz. Akad. U. S. B. w Wilnie tytułem wyliczenia się z 50% ze sprzedaży II-ej części Otolaryngologji 700 zł. i Prof. J. Szmurle 250 zł. jako procent od sprzedaży podręczników zgodnie z umową. Na składzie pozostaje na dz. 1.XI 1931 roku 374 egzemplarze II-ej części otolaryngologji i 449 egzemplarzy III-ej części. Składamy najgorętsze podziękowanie p. Prof. Dr. J. Szmurle za łaskawe wykonanie klisz barwnych do III-ej części otolaryngologji.

Sprawozdanie
Kasowe Sekcji Wydawniczej K. M.

Przychód.

Ze sprzedaży podręczników	2,079,69
Z Kasy Koła Medyków	1,610,—
Z Kasy Koła na wykupienie weksli Bratniej Pomocy	700,—
Wartość książek na składzie	7,242,20
„ „ oddan. w komis	6,709,90
Razem	18,341,79

Rozchód.

Na wydawnictwo „Choroby krtani i tchawicy"	2,244,50
Wyliczenie się z Bratnią Pomocą P.M.A.U.S.B.	700,—
Prof. Dr. Szmurle %% od sprzedanych podręczników	250,—
Wpłacono do Kasy Koła	985,—
Kolportaż i administracja	197,59
Nadwyżka na składzie i w komisie	13,952,01
Saldo na 1.XI 1931 r.	12,60
Razem	18,341,79

Sekcja Towarzyska. Kierownik Duda Józef od 7.XI 1930 r. do 22.VI 1931 r., a od 22.VI 1931 r. do 5.XI 1931 r. Henryk Lewandowski vice-prezes 1-szy. Sekcja Towarzyska w roku akadem. 1930 — 1931 podobnie jak w latach ubiegłych, miała na celu organizowanie imprez dochodowych oraz towarzysko-zapoznawczych przez urządzanie herbatek, wycieczek i t. p. W roku sprawozdawczym Sekcja Towarzyska zorganizowała IX-ty Doroczny Bal Medyków w Salonach Kasyna Oficerskiego, który odbył się 14.II 1931 r. Mimo kryzysu gospodarczego czysty dochód, przekazany kasie, wynosił 1,606 zł. 15 gr. Prócz tego urządzone zostały 2 herbatki o charakterze zapoznawczo-towarzyskim 28.XI 1930 r. i 29.X 1931 r. Podczas Zielonych Świątek od 23 do 26 maja r. b. Sekcja Towarzyska podejmowała wycieczkę Koła Medyków Uniw. Warszawskiego. Celem umożliwienia członkom miłego spędzenia ferji letnich Sekcja przyjmowała zapisy na kolonję wypoczynkową w Gdyni, urządzoną staraniem Koła Medyków U. W. Przyjmowała także zapisy na kolonję wypoczynkową nad Adrjatykiem, urządzaną przez Wszechsłow. Zw. Medyków, organizowała również wieczory towarzyskie, na których koledzy mieli możność korzystania z szachów, warcabów i t. p. Herbatki urządzane przez Sekcję Towarzyską miały na celu zapoznanie studentów młodszych kursów medycyny ze starszemi, frekwencja wynosiła ponad 120 osób.

Sklep i księgarnia.—Kierownik Kol. E. Mołczanow, współpracownik Kol. Wacław Wągrowski. Rozumiejąc trudne położenie materjalne, w jakiem znajduje się większość młodzieży akademickiej, a szczególniej medycznej, Sklep K. M. starał się dostarczyć ogółowi medyków, a zwłaszcza członkom Koła, możliwie wszystkie podręczniki i pomoce naukowe po cenach znacznie niższych od cen rynkowych. W tym celu starano się nawiązać kontakt z firmami i księgarniami, by otrzymać od nich możliwie największy rabat. Z początkiem kadencji zaszła potrzeba zmiany księgowości, zamiast kartoteki z kilkoma rodzajami bloczków zaprowadzono księgę dłużników, kwitarjusz przychodowy oraz rozchodowy. Książki nabywano z pierwszego źródła, stwa-

rząjąc w ten sposób większe ulgi dla członków Koła. Udzielanie kredytów przez firmy wydawnicze umożliwiło rozkładanie należności za nabyte podręczniki na długoterminowe raty. Z wystawianych zobowiązań nie wszyscy wywiązywali się w określonym czasie. Sklep wziął w komis 150 egzemplarzy „Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej" Prof. J. Szmurły. Za życzliwe ustosunkowanie się w sprawie nabycia powyższego podręcznika składamy na tem miejscu p. Prof. Dr. J. Szmurle gorące podziękowanie. Sklep nabywał używane podręczniki, zamieniał na inne, ułatwiając w ten sposób zaopatrywanie się członkom w niezbędne podręczniki, a także miał na składzie pomoce naukowe, jak skalpele, pincety i słuchawki. Nie zapomniano również o reklamie sklepu w innych środowiskach akademickich, a w szczególności w sprawie wydawnictw własnych. Wysyłano wydawnictwa własne lekarzom za zaliczeniem pocztowem oraz innym środowiskom akademickim. Obrót roczny na dzień 1/XI. 1931 r. wynosił zł. 16,984 gr. 15 (w roku ubiegłym — 11,286 zł.). Majątek sklepu w książkach wynosi 10,705 zł. 15 gr. Względem sklepu jest zobowiązań na sumę 4,570 zł. 15 gr. Sklep ma zobowiązań na sumę 3,604 zł. 15 gr. Z tej sumy dla Sekcji Wydawniczej Koła Medyków 2,035 zł. 70 gr., a dla p. Prof. J. Szmurły za wzięte w komis podręczniki „Choroby nosa i jamy nosowo-gardłowej" (150 egzemplarzy)—845 zł. Całkowity majątek sklepu wynosi 11,671 zł. 75 gr. Pism wysłano 74, otrzymano 43. Sprzedano 1355 tomów. w tem 444 t. wydawnictw własnych.

Bilans zamknięcia Kasy

Koła Medyków Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie
za rok akademicki 1930/31.

Stan czynny.

1. Kasa — zapas gotówki:			
a) w kasie głównej	Zł.	64,83	
b) w sklepie	„	92,75	157,58
2. Bank Tow. Spółdzielczych w Wilnie .	„		2.324,05
3. Inwentarz	„		1.850,75
4. Majątek Sekcyj:			
a) Wydawniczej	„	13.952,10	
b) Pomocy Naukowych	„	12.064,60	
c) Sklep	„	10.705,15	36.721,85
5. Dłużnicy	„		5.270,15
	Razem . . Zł.		46.324,38

Stan bierny.

1. Wierzyciele:			
a) Rada Wydziału Lekarskiego U. S. B.	Zł.	1.500,—	
b) Bratnia Pomoc Pol. Młodz. Akad. .	„	3.095,92	
c) Wierzyciele sklepu	„	3.604,20	
d) Wierzyciele Sekcji Wydawniczej .	„	600,—	10.800,12
2. Fundusze:			
a) Ogólny	Zł.	27.742,48	
b) Pożyczkowy	„	5.270,15	33.042,63
3. Nadwyżka bilansowa	„		2.481,63
		Razem . . Zł.	46.324,38

Rachunek strat i zysków Koła Medyków USB w Wilnie

na dzień 1 listopada 1931 roku.

Dochody.

1. Saldo z roku poprzedniego	Zł.		1.141,43
2. Składki:			
a) od członków zwyczajnych	„	1.211,—	
b) od członków wspierających	„	109,—	1.320,—
3. Subsydjum z kwestury U. S. B.	„	1.440,—	
4. Pożyczka od Rady Wydziału Lekar. USB.	„	500,—	1.940,—
5. a) Ofiary	„	19,95	
b) Procenty	„	77,05	
c) Różne	„	44,—	141,—
6. Dochody z Sekcyj:			
a) Towarzyskiej	„	4.667,05	
b) Naukowo-Społecznej	„	781,50	
c) Wydawniczej	„	3.077,29	
d) Sklep	„	12.414,10	
e) Pomocy Naukowych	„	170,85	21.110,79
		Razem . . Zł.	25.653,22

Rozchody.

1. Administracja:		
a) Obsługa lokalu, opał, światło, remont i t. p. . . . . Zł.	253,—	
b) Wydatki kancelaryjne: druki, blankiety, porto, papier i t. p. . . . . „	683,65	
c) Koszta wycieczki Koła Medyków S. S. S M. U. W. . . . . „	135,50	
d) Nekrolog ś. p. Kol. K. Hordyńskiego . . . . „	30,—	1.102,15
2. Wydatki na Sekcję:		
a) Towarzyską . . . . „	3.057,87	
b) Wydawniczą . . . . „	3.689,69	
c) Sklep . . . . „	12.321,35	
d) Pomocy Naukowych . . . . „	1.214,90	
e) Pomocy Materjalnej . . . . „	700,—	
f) Naukowo-Społecznej . . . . „	173,25	21.157,06
3. Spłata długów w Bratniej Pomocy P. M. A. „		704,08
4. Opłacenie 100 egzemplarzy „Życia medycznego“ i broszurki Prof. Karaffy-Korbutta . . . . „		108,30
5. Nadwyżka bilansowa . . . . „		2.481,63
Razem . . Zł.		25.653,22

Skarbnik: (—) *Szczepan Kozłowski.* Prezes: (—) *J. Gałka.*

Komisja Rewizyjna:

Przewodniczący: (—) *Wł. Kwit.*

Członkowie: (—) *F. Beck,* (—) *J. Mazurek,* (—) *St. Sadowski,* (—) *E. Kuncewicz.*

Zarząd Koła Medyków U. S. B. wyraża P. Dziekanowi Prof. Dr. W. Jasińskiemu głęboką wdzięczność za trudy i starania, poniesione przy wydaniu niniejszego sprawozdania drukiem.

ZARZĄD.

PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ dekretem z dn. 6 listopada 1931 r. mianował Doc. D-ra Aleksandra Safarewicza profesorem tytularnym Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Komitet Redakcyjny Pamiętnika Wil. Tow. Lek. składa prof. dr. A. Safarewiczowi, jako współredaktorowi tego pisma, najserdeczniejsze gratulacje.

Kronika.

Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej o utworzeniu Biura Propagandy Medycyny Polskiej przy tej Izbie, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 10 z dnia 1 października b. r., znalazł żywy odźwięk wśród lekarzy, co jest najlepszym dowodem potrzeby takiego Biura.

W nadsyłanych listach zwracają Szanowni Korespondenci przedewszystkiem uwagę na racjonalną organizację pracy, któraby zapobiegała wykonywaniu tych samych wysiłków przez różne czynniki i różne osoby.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej chce obecnie nawiązać kontakt z szeregiem czasopism zagranicznych w sprawie umieszczenia w nich streszczeń polskich prac lekarskich. Kierując się zasadą organizacji pracy, B. P. M. P. prosi Panów Lekarzy, którzy są stałemi korespondentami pism zagranicznych, o powiadomienie, z jakiemi pismami zagranicznemi pracują, aby pism tych nie brać już pod uwagę.

Skorowidz autorów.

PREZYDENT RZECZYPOSPOLITEJ dekretem z dn. 6 listopada 1937 r. mianował Doc. D-ra Aleksandra Safarewicza profesorem tytularnym Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Komitet Redakcyjny Pamiętnika Wil. Tow. Lek. składa prof. dr. A. Safarewiczowi, jako współredaktorowi tego pisma, najserdeczniejsze gratulacje.

Kronika.

Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej o utworzeniu Biura Propagandy Medycyny Polskiej przy tej Izbie, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 10 z dnia 1 października b. r. znalazł żywy oddźwięk wśród lekarzy, co jest najlepszym dowodem potrzeby takiego Biura.

W nadsyłanych listach zwracają Szanowni Korespondenci przedewszystkiem uwagę na racjonalną organizację pracy, któraby zapobiegała wykonywaniu tych samych wysiłków przez różne czynniki i różne osoby.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej chce obecnie nawiązać kontakt z szeregiem czasopism zagranicznych w sprawie umieszczania w nich streszczeń polskich prac lekarskich. Kierując się zasadą organizacji pracy, B. P. M. P. prosi Panów Lekarzy, którzy są stałymi korespondentami pism zagranicznych, o powiadomienie, z jakiemi pismami zagranicznemi pracują, aby pism tych nie brać już pod uwagę.

Skorowidz autorów.